

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARALYSIE ASSOCIÉE DE LA BRANCHE INTERNE
ET DE LA BRANCHE EXTERNE DU NERF
SPINAL DROIT ⁽¹⁾

Par **M. LERMOYEZ**, médecin de l'hôpital de Saint-Antoine, et
LABORDE, interne provisoire des hôpitaux.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est venue nous consulter à l'hôpital Saint-Antoine pour un symptôme bien banal en apparence, pour de l'enrouement : mais derrière ce phénomène banal se cache un syndrome nerveux des plus rares. Nous ne voulons pas à propos de ce cas recommencer la discussion tant de fois entamée au sujet de l'innervation laryngée : mais simplement signaler un fait nouveau, pour servir de document aux travaux futurs. Au reste, le récent mémoire d'Avellis (*Archiv. für Laryngologie*, Band. X, Heft. 1) donne à ce sujet des détails bibliographiques complets, auxquels nous renvoyons ceux qui voudraient fouiller davantage cette question.

En tous cas, voici le fait.

Thérèse Coll., 62 ans, blanchisseuse, se présente le 20 juin 1901 à la consultation du service oto-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine, se plaignant d'enrouement. La voix est faible, fausse, et donne l'impression bitonale des hémiplegies laryngées. On constate, en effet, au laryngoscope, une paralysie complète du nerf récurrent droit : la corde droite est immobile en position cadavérique, avec bord excavé, et raccourcissement apparent. La corde gauche, saine, dépasse la ligne

⁽¹⁾ Communication à la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, le 12 juillet 1901.

médiane en un mouvement de compensation, mais n'arrive pas encore à rejoindre sa congénère.

La muqueuse du larynx est intacte. Il n'y a pas d'hémi-anesthésie droite du larynx.

La parole est normale : mais la déglutition un peu difficile, sans qu'il y ait de reflux alimentaire par le nez. Les liquides passent aisément, mais les aliments solides ne peuvent être avalés que si un liquide facilite leur passage.

En rapport avec ce symptôme, on constate une asymétrie du voile du palais, surtout accentuée pendant ses mouvements, et qui n'est attribuable qu'à un trouble paralytique, car il n'y a pas de lésion amygdalienne unilatérale capable de détruire la symétrie du voile. En effet, pendant l'émission des sons, le voile est attiré un peu en haut et à gauche, comme s'il y avait une parésie des péristaphylins droits ; en outre, le mouvement de rideau du pilier postérieur droit est à peine esquissé, tandis que son congénère se rapproche énergiquement de la ligne médiane.

Il y a donc une hémiplégie incomplète du voile du palais, du même côté que l'hémiplégie laryngée.

Il n'existe aucune trace de paralysie de la langue.

Il n'y a pas non plus la moindre ébauche de paralysie faciale. En un mot, on constate ici une paralysie de la branche interne du nerf spinal droit.

Conjointement avec ce syndrome, nous en rencontrons un autre qui donne à cette observation tout son intérêt. Lorsqu'on regarde le malade bien en face, le torse nu, on constate que la tête est un peu inclinée à droite, et que le creux sous-claviculaire est plus profond que du côté opposé ; en même temps, le moignon de l'épaule droite, au repos, est situé sur un niveau plus bas que celui de gauche.

Vient-on à regarder la malade par derrière, on voit que l'omoplate gauche semble détachée du dos et portée en avant.

En palpant les masses musculaires, on trouve que le relief du bord supérieur du trapèze est beaucoup plus étroit à droite qu'à gauche ; vient-on enfin à faire tourner fortement la tête à gauche, on s'aperçoit que la saillie du sterno-mastoidien droit a disparu.

Lorsqu'on demande à la malade de hausser les épaules, on est frappé de voir que l'élévation de l'épaule droite est infiniment moins accentuée que celle de l'autre côté ; de plus, le bras droit ne peut être relevé au-dessus du plan horizontal.

Il y a donc paralysie avec atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit : ce qui correspond à une paralysie de la branche externe du nerf spinal droit.

Ce qui fait donc l'intérêt de cette observation en la classant parmi les faits les plus rares, c'est l'association de la paralysie simultanée des deux branches interne et externe du spinal, avec intégrité du facial, de l'hypoglosse. Le pneumogastrique est également indemne, ce qui permet d'affirmer la conservation de la sensibilité de la moitié paralysée du larynx. Quant au glosso-pharyngien, on sait qu'il est à peu près impossible d'affirmer sûrement sa paralysie.

Ainsi donc paralysie des deux branches d'un spinal. Quelle, est la cause qui a donné ici naissance à ce syndrome.

Nous pensons qu'il s'agit d'une névrite inflammatoire par propagation au voisinage d'un foyer suppuré : et voici sur quoi nous appuyons notre diagnostic.

Et d'abord, il n'existe aucun signe pouvant faire incriminer une origine ~~cérébrale~~ ou bulbaire. Jamais d'ictus apoplectiforme, pas de troubles bulbaires, pas de signe de tabes, aucun stigmatisme d'hystérie. Pas non plus de syphilis.

Vient-on à chercher du côté du cou ou du thorax : même absence de lésions causales. Cœur, aorte, corps thyroïde ganglions bronchiques, ~~oesophage~~ sont intacts. Tout au plus la radioscopie montre-t-elle une très légère obscurité du sommet droit, et à ce niveau, on constate une malité légère : mais, en admettant même un très léger degré d'induration du sommet, on ne peut expliquer topographiquement le rapport de cette altération avec la paralysie constatée.

Il faut donc chercher la notion étiologique ailleurs : et l'histoire de la maladie va nous la donner.

Antécédents héréditaires : sans importance.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 14 ans. Ictère à 32 ans. 5 enfants vivants, dont le plus jeune a 25 ans ; tous

bien portants, 9 autres enfants sont morts : 2 de méningite, 7 de diarrhée infantile. Pas de fausses couches.

Jusque vers le commencement de mai, la malade n'avait jamais présenté de troubles de la voix. Sept semaines avant son entrée à l'hôpital, après s'être refroidi en lavant du linge, elle fut prise de céphalalgie intense, eut la fièvre, et resta au lit, ayant, dit-elle, un délire intense. Les seuls renseignements exacts qu'elle puisse fournir sur cette période, c'est qu'elle éprouvait des douleurs violentes dans la gorge avec irradiations à l'oreille droite, et que quatorze jours environ après le début de sa fièvre, un abcès de la gorge se rompit spontanément qui mit fin à ses souffrances. Elle indique assez exactement le siège de cet abcès qui semble avoir été rétro-amygdalien droit.

L'enrouement aurait commencé vers la fin de la première semaine de fièvre, aurait apparu en une nuit, et se serait très rapidement établi tel qu'aujourd'hui, sans modifications depuis.

Ce n'est que vers la troisième semaine de la maladie, quand elle put se remettre à l'ouvrage, que notre malade, en maniant le battoir, s'aperçut qu'elle avait une gêne à mouvoir l'épaule, et que le bras droit était devenu plus faible. A son dire, l'affaiblissement du bras aurait été progressif, et non presque subit à son apparition, comme l'aphonie.

Une anamnèse aussi nette, d'une part, et l'absence de toute autre cause de lésion du spinal, d'autre part, nous obligent à admettre la filiation suivante des accidents : Infection générale à point de départ pharyngé ; formation d'un phlegmon latéro-pharyngien droit ; propagation de l'inflammation à l'espace maxillo-pharyngien voisin ; et névrite aiguë du nerf spinal, qui passe en cette région ; névrite frappant les deux branches du nerf.

A lire l'observation, il semble que la branche interne du spinal ait été touchée avant que la branche externe ne fût prise à son tour, puisque l'aphonie apparut au bout de huit jours, tandis que la gêne des mouvements du bras droit ne se montra que la troisième semaine après le début.

Nous croyons au contraire que l'atteinte des deux branches du spinal a été simultanée ; que si la lésion de la branche

externe a paru plus tardive, c'est que la malade alitée a reconnu son enrouement dès son début ; tandis qu'elle n'a pu se rendre compte de la parésie de l'épaule que plus tard, quand elle reprit son travail. D'ailleurs, l'intensité de l'atrophie du trapèze et du sterno ne peut se comprendre qu'en assignant à la névrite de la branche externe du spinal un début très rapproché des premiers jours de la maladie.

En résumé : névrite aiguë inflammatoire de voisinage, ayant atteint en même temps les deux branches du nerf spinal droit.

Ce qui, d'ailleurs, confirme ce diagnostic de névrite, c'est l'amélioration remarquable, très rapidement survenue dans la paralysie du voile et dans celle des muscles externes, sous l'influence de la strychnine, et de quelques séances de galvanisation. Déjà, le relief du sterno-mastoïdien droit commence à reparaitre. Seule, la paralysie récurrentielle demeure invincible, tandis que le voile du palais a repris sa symétrie.

Dans cette rare observation, mais qui ne doit être encore qu'un document d'attente, deux points méritent d'être mis en lumière :

1° D'une part, la coexistence de l'hémiplégie vélo-palatine coexistant avec une hémiplégie laryngée correspondante, constituant ainsi une association pas très rare, qui mérite de prendre le nom de « Syndrome d'Avellis » ; dans notre cas la musculature de la face est intacte, comme c'est la règle, démontrant une fois de plus, s'il en est encore besoin, la non ingérence du nerf facial dans les paralysies du voile, dont l'un de nous a donné antérieurement des preuves absolues (1).

2° D'autre part, la paralysie simultanée des deux branches du nerf spinal, sans participation du pneumogastrique.

Cette dernière condition donne à l'observation son principal intérêt. Car elle remet en discussion la question de l'origine des nerfs moteurs du larynx.

En effet, si l'on conserve l'ancienne théorie de Claude Bernard, qui fait émaner l'innervation motrice du larynx de la onzième paire crânienne, rien n'est plus simple que de com-

(1) LERMOYEZ — *De la non-ingérence du nerf facial dans les paralysies du voile du palais*. Soc. franç. de laryng. mai 1898.

prendre la topographie de la paralysie dans le cas actuel. Le tronc du spinal est atteint dans sa totalité, et la névrite atteint les deux branches qui en émanent : branche interne (voile et larynx) : branche externe (trapèze et sterno).

Que si, au contraire, on adopte la nouvelle conception de Grabower, que les nerf moteurs du larynx émanent du nerf pneumogastrique, on se heurte à une difficulté d'interprétation grande. Dans les cas de ce genre, Grabower donne une explication un peu forcée : il dit que la lésion atteint d'abord le vague, et que secondairement la dégénérescence gagne le nerf spinal, par les anastomoses qui unissent des deux nerfs au niveau du trou déchiré postérieur. Le cas actuel semblerait au premier abord donner raison à cette conception, puisque nous avons vu que l'aphonie se montra le septième jour, tandis que la parésie de l'épaule ne fut reconnue que quinze jours plus tard ; mais, nous avons exposé plus haut les raisons qui nous font admettre que la névrite des deux branches du spinal a été contemporaine.

De ceci il faut conclure que la doctrine de Grabower, avant de pouvoir être définitivement substituée à celle de Claude Bernard, demande de nouvelles recherches qui la confirment.

**PYORRHÉE BUCCALE SYMPTOMATIQUE
D'UNE SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE
QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE PROCÉDÉ
DE CALDWELL-LUC**

Par le Dr **L. de PONTIÈRE** (de Charleroi). •

Si parmi les symptômes classiques de l'empyème de l'antre d'Hyghmore, certains font souvent défaut, un seul cependant se manifeste avec une grande constance : c'est la pyorrhée nasale dont la fétidité, plus encore que l'abondance, — beaucoup de gens estiment que moucher copieusement est un signe de santé, — contraint les malades à recourir à des soins spéciaux. Dans le cas qu'il m'a été donné de traiter, c'est précisément ce fidèle symptôme qui brillait par son absence.

Philippe Van..., de Briendonk, est âgé de 28 ans. C'est un grand gaillard, dolichocéphale à ossature puissante, dont l'histoire pathologique antérieure ne présente rien de particulier à noter. Il vient à la consultation oto-rhinologique de l'hôpital Saint-Pierre (à Louvain), en juin 1899, se plaignant d'avoir constamment du pus dans la bouche, pus dont l'abondance et la fétidité l'incommodent : il souffre en plus depuis quelques jours de troubles gastriques, anorexie, nausées.

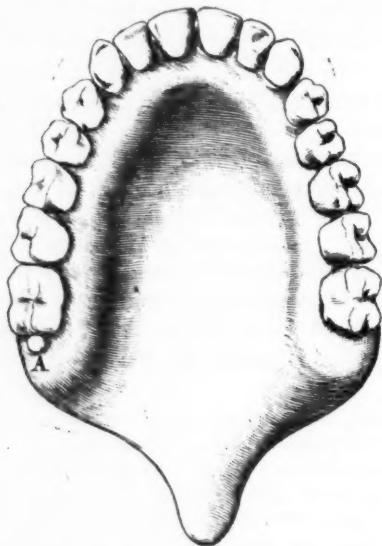
Cet écoulement s'est installé sans grand éclat.

Il accuse avoir senti, il y a environ 8 mois et passagèrement, une tension quelque peu douloureuse dans la mâchoire supérieure droite, avec irradiations plus continues que violentes dans la région péri-orbitaire droite, et, un beau jour, il y a de cela 3 semaines, il a constaté un mauvais goût dans la bouche causé par l'arrivée de pus qui lui semble venir « d'en haut ». Il n'a jamais rien remarqué d'anormal du côté des fosses nasales : la res-

piration s'exécute librement et il mouche très rarement un peu de mucus transparent sans prédominance de l'un ou l'autre côté.

En m'approchant de lui, je suis tout d'abord frappé par l'odeur de son haleine qui rappelle l'œuf pourri. La bouche ouverte laisse voir une rangée de dents puissantes, bien implantées ; pas de carie, pas de sensibilité à la percussion.

La voûte palatine est ogivale ; le voile du palais et le pharynx buccal ne présentent qu'un peu de rougeur. La rhinoscopie postérieure montre un cavum sain, les choanes libres.



A. — Emplacement de la fistule maxillaire

Quant à l'orifice par où s'écoulait le pus, il siégeait dans l'épaisseur du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, *immédiatement en arrière et contre la couronne de la dernière grosse molaire*, et c'est en m'assurant, à l'aide du miroir, de l'intégrité des dents que je le découvris. Il avait environ deux millimètres de diamètre et sa lumière était occupée par un peloton de pus. En prolongeant l'examen un certain temps, on voyait sourdre par cet orifice une goutte de pus crémeux qui, recueilli sur un porte-coton, me confirma l'origine de la fétidité de l'haleine.

Il ne fut pas possible de pénétrer à plus d'un demi-centimètre dans cette fistule à l'aide d'un fin stylet. La muqueuse, dans le voisinage de la fistule, ne présentait aucun gonflement ni changement de coloration.

Devant l'intégrité des couronnes dentaires et de la charpente osseuse, je passe à l'inspection des fosses nasales. Elles sont d'ampleur suffisante pour permettre la libre circulation du courant d'air respiratoire ; la muqueuse est saine, les méats libres et cet état est constant quelle que soit la position prise par le malade. Pas de sensibilité à la pression en aucun point de la joue.

Un écoulement de pus aussi abondant, l'absence de réaction quelconque au voisinage des dents plaident en faveur d'une origine sinusienne, et, avant de recourir à la ponction exploratrice, on rechercha le signe de Heryng. La démonstration fut si éclatante et l'opacification du maxillaire droit, suspect, tranchait si nettement avec l'éclairage du sinus gauche, que la cure radicale de son empyème fut décidée.

L'intervention, selon la méthode de Caldwell-Luc, eut lieu le 20 juillet.

La paroi antérieure du sinus, attaquée à la gorge et au maillet, était à peine ouverte que l'antra se vidait d'une énorme quantité de masses caséeuses, d'une fétidité extrême ; après tamponnements, je promenai la curette dans le sinus qui avait des dimensions particulièrement considérables, mais elle ne ramena que quelques petits amas caséeux ; pas de fongosités. L'abondance de l'hémorragie, qui reprenait de plus belle après chaque enlèvement de la mèche, ne permit pas de rechercher le siège exact, à l'intérieur du sinus, de la fistule communiquant avec la bouche.

La contre-ouverture créée dans le méat inférieur, l'opération fut terminée par une copieuse insufflation d'iodoforme et par le tamponnement du sinus à la gaze iodoformée. Plaie buccale suturée au crin de Florence.

Les suites de l'opération furent normales. Il n'y eut pas de fièvre : le masséter du côté opéré présenta pendant une quinzaine de jours de la contracture douloureuse qui céda à l'administration interne de salicylate de soude et à l'écartement forcé et progressif des mâchoires.

La mèche de gaze fut laissée en place pendant quinze jours. Après son extraction, le malade, qui ne présentait presque plus de suppuration dans la bouche depuis l'intervention, retourna chez lui. Revenant régulièrement chaque semaine à la consultation, il présentait alors le symptôme qui lui avait fait défaut si longtemps :

la pyorrhée nasale unilatérale, d'ailleurs peu abondante et dépourvue de fétidité et qui trouvait vraisemblablement sa raison dans la persistance du conduit fistuleux antro-buccal : son sinus s'infectant par *voie ascendante*. Heureusement, des lavages bi-hebdomadaires du sinus avec une faible solution de formol, suivis au bout de quelques semaines de l'*oblitération de la fistule*, amenèrent une disparition complète de tout symptôme pathologique et la guérison, trois mois après l'intervention, était radicale.

Pendant ces deux dernières années, j'ai employé le procédé de Luc à la cure de *douze* sinusites maxillaires chroniques, d'origine tantôt nasale, tantôt dentaire, non accompagnées de participation d'autres sinus. Trois empyèmes présentaient un contenu caséeux, et pour moi je suis convaincu à ce propos que l'on peut rayer du cadre des entités morbides la *rhinite caséuse* des classiques ; huit du pus crémeux. Fétidité constante mais d'intensité variable suivant les cas.

Je ne m'attarderai pas ici à décrire la symptomatologie de chacun de mes opérés, mais il me suffira de faire remarquer que la date de l'infection bien caractérisée de l'antre d'Hyghmore, comme j'ai pu m'en rendre compte par le commémoratif, oscillait entre *neuf* ans, infection la plus ancienne, et *quatre* ans, infection la plus récente, sans avoir jamais été diagnostiquée par les médecins traitants, pour montrer qu'il est de toute importance d'attirer l'attention des praticiens sur ce coin de la pathologie laissé si longtemps dans l'oubli.

Chez tous mes malades la guérison a été *rapide* — n'a pas excédé plus de trois semaines, sauf dans le cas rapporté plus haut — et *complète*.

Certains opérateurs ont érigé la turbinotomie préalable en principe, mais je suis persuadé que l'on ne doit y recourir, partiellement ou en totalité, que lorsque l'insuffisance de capacité de la fosse nasale a été dûment constatée et l'on ne peut perdre de vue que le gonflement de la muqueuse irritée par l'écoulement incessant du pus, par la présence des myxomes, rétrocede par le fait de la disparition de l'empyème et n'est qu'un symptôme de conséquence et non de cause. De cette façon également, on se met à l'abri des doléances que ne man-

quent pas de faire les victimes d'une turbinotomie irréfléchie qui se plaignent, à juste titre, d'une intolérable sécheresse nasale devant laquelle on est fatalement désarmé.

La turbinotomie inférieure a surtout été pratiquée pour permettre de créer un orifice de communication avec le sinus maxillaire plus vaste et, par le fait même, moins prompt à se refermer. Je n'ai jamais eu à constater pareil inconvénient sur mes opérés et j'attribue cet avantage au *long séjour* de la mèche de gaze iodoformée que je laisse à demeure dans le sinus pendant au moins *douze* jours, parfois *quinze*. En effet, pendant ce contact prolongé avec la gaze iodoformée, les parois de l'hiatus artificiel — auquel on a donné les plus grandes dimensions possibles — ont le temps de s'organiser plus complètement, elles se réparent très bien et ne présentent, lors de l'enlèvement de la mèche, que peu de tendance alors à l'atrésie et à l'oblitération. M. Luc, que j'ai eu l'honneur d'entendre lors de l'exposé de sa méthode (Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, session de 1898), constatait que l'extraction de la mèche de gaze, qu'il pratiquait le troisième ou quatrième jour post-opératoire, était beaucoup plus *douloureuse* que l'enlèvement du drain en caoutchouc. Le fait est absolument exact, pour la raison toute simple qu'à cette époque les parois de l'hiatus sont encore trop avivées et, partant, très sensibles. En procédant comme je le fais, la *douleur est nulle*.

Un autre avantage et assez appréciable que je trouve dans le long séjour de la mèche dans le sinus, c'est de *raccourcir notablement le temps opératoire*.

Généralement, en effet, on curette le sinus avec la dernière minutie, ce qui demande parfois un temps considérable, à cause de l'hémostase, et l'on fait suivre ce curettage d'une bonne cautérisation au chlorure de zinc.

En ce qui me concerne, je me contente d'un bon et rapide curettage — qui paraîtrait certainement sommaire à beaucoup d'opérateurs — mais j'insiste sur l'importance d'une insufflation copieuse d'iodoforme dans la cavité avant de procéder à son tamponnement dont la durée, je le répète, devra être longue.

Les fongosités restantes, dans ces conditions, subissent évidemment une régression et disparaissent, la preuve en est dans les résultats de ce *modus faciendi*. Quant au mécanisme exact, intime de l'action de ce tamponnement iodoformé il est actuellement impossible de le déterminer avec précision, puisqu'on en est encore réduit à des hypothèses au sujet de l'attitude de l'iodoforme vis-à-vis des tissus sains ou malades. Quoiqu'il en soit, il reste en chirurgie un facteur de pansement de telle valeur qu'aucun succédané n'est encore parvenu à le supplanter. Quant à la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc, jamais je ne la pratique et je suis plutôt tenté de lui attribuer une grande part dans les insuccès de certains opérateurs. Un curettage trop minutieux ne s'arrête évidemment pas, à cause de l'énergie avec lequel on le pratique, aux seules fongosités et on *dénude* presque complètement la cavité maxillaire de son *revêtement* ; joignez à cela une bonne cautérisation d'où naîtront ci et là quelques points de nécrose plus ou moins superficielle et l'on s'expliquera le retard que présente la réparation et quelquefois les récidives. Il me semble d'ailleurs difficile d'admettre comme principe chirurgical qu'un os, *dénudé et cautérisé*, quels que soient sa forme ou son siège, qu'il s'agisse d'un fémur ou d'un maxillaire, soit ainsi dans les meilleures conditions de restauration.

Ce long tamponnement est-il bien toléré ? Oui ; toutefois, si le malade ressent un peu de tension, on peut dès les premiers jours retirer par l'hiatus nasal *quelques centimètres* de la mèche de gaze. L'alimentation se fait parfaitement au bout de trois ou quatre jours. Malgré son long séjour la mèche ne présente pas de fétidité lors de son enlèvement.

Je me crois donc autorisé, devant les résultats que me donne le *tamponnement prolongé*, à le considérer comme la plus sûre garantie de réussite à apporter à la méthode de Caldwell-Luc dans la cure de l'empyème maxillaire.

III

LES MALADIES DU PHARYNX

D'après l'*Ayur-véda de Susruta* (Livre de médecine sacrée des Indous.

Par C. CHAUVEAU

I. — INTRODUCTION ⁽¹⁾

Des recherches nombreuses et étendues ont élargi singulièrement au cours du XIX^e siècle le domaine de l'histoire. Au lieu de s'en tenir aux Grecs et aux Romains, on s'est mis à étudier les civilisations égyptienne, chaldéenne, médique, persane, indoue, chinoise, japonaise... Cette étude est devenue possible grâce au déchiffrement des inscriptions, des monnaies, des vieux manuscrits...

Ainsi, nous commençons à pouvoir nous faire une idée sommaire, mais assez exacte, des notions scientifiques et de la pratique des médecins qui vivaient au bord du Nil, de l'Euphrate ou de l'Indus.

La médecine des Indous paraît la plus intéressante. Si elle n'a pas l'attrait d'une antiquité aussi reculée que celle des Egyptiens et des Chaldéens, elle a le mérite d'avoir dépassé le stade archaïque qu'on retrouve encore chez certaines peuplades actuelles et durant lequel l'art de guérir fait partie de la magie et est exercé par des prêtres-sorciers, préoccupés surtout de chasser du corps des malades les démons, causes présumées des perturbations morbides. Certes le Rig-véda ⁽²⁾ et l'Attar-véda

⁽¹⁾ Nous avons dû faire précéder l'étude proprement dite de la pathologie et de la thérapeutique pharyngées des Indous, de cette introduction, peut-être un peu longue mais, selon nous, indispensable pour la compréhension du sujet.

⁽²⁾ Les védas sont les livres sacrés des brahmanes.

contiennent encore des incantations magiques semblables à celles de l'Égypte et de la Chaldée contre diverses affections ; mais plus tard, des éléments d'un caractère réellement scientifique vinrent profondément modifier ces premières conceptions traditionnelles.

C'est que l'Inde avait évolué graduellement vers une civilisation plus parfaite. L'état social s'était fortement organisé en castes. Des royaumes, tels que l'empire Maurya, s'étaient fondés, mettant un terme aux luttes incessantes des tribus.

La classe des brahmanes, délivrée de toute préoccupation matérielle s'adonnait aux abstractions philosophiques les plus transcendantes dont le bouddhisme a été l'une des plus belles manifestations. La poésie prenait un élan merveilleux avec le Mahabaratta ⁽¹⁾ et le Ramayana ⁽²⁾, épopées dignes presque de rivaliser avec l'Illiade par la chaleur de l'imagination et le charme du style. Le sanscrit s'était déjà fixé sous l'effort d'une multitude de grammairiens et était devenu un idiome riche et souple, quasi comparable à nos langues classiques. Préparé et affiné, l'esprit indou était tout prêt à recevoir les germes qu'un heureux événement politique allait lui apporter. Et ainsi, bien loin de la Grèce, nous allons retrouver ici, plus étendue et peut-être plus profonde qu'on ne pourrait le supposer, *l'empreinte irrécusable des doctrines hippocratiques*.

Après avoir renversé l'empire des Perses, Alexandre le Grand arrivait enfin aux frontières de cette Inde mystérieuse, véritable Eldorado antique qui exerçait déjà un si puissant attrait sur les imaginations occidentales. Il conquiert le Pendjab, après avoir vaincu le célèbre roi Porus, mais dut s'arrêter là devant la résistance énergique de peuplades guerrières et bien armées. Son successeur, Séleucus, établit des relations étroites avec le grand monarque indien du bassin du Gange, Sandracotus, par son ambassadeur Mégasthène, qui écrit à ce sujet un célèbre ouvrage. Les rois de la Bactriane, qui rem-

(1) Le Mahabaratta chante les exploits de la dynastie dite lunaire.

(2) Le Ramayana célèbre la conquête de Ceylan par le héros Rama, incarnation de Vichnou.

placèrent bientôt les Séleucides sur les frontières occidentales, étaient eux-mêmes d'origine grecque. Les Scythes-Sakas qui renversèrent les rois de la Bactriane et avaient commencé à fonder un assez vaste empire dans le bassin du fleuve Indus, étaient tout imprégnés d'hellénisme, comme les Parthes ⁽¹⁾ dominateurs de la région intermédiaire.

Les *doctrines hippocratiques* très en honneur chez les médecins hellènes, qui émigraient volontiers à la Cour des rois barbares de la haute Asie, *purent donc pénétrer dans l'Inde et modifier les traditions*. Du reste la médecine ne fut pas seule débitrice de la Grèce ; les mathématiques, l'astronomie firent aussi à celle-ci des emprunts incontestables.

Bientôt *toute communication par terre fut coupée entre l'Inde et le bassin de la Méditerranée* par une révolution intérieure qui substitua, aux rois Parthes favorables à l'hellénisme, les rois perses Sassanides, prétendus descendants de Cyrus, sectateurs du magisme et par conséquent ennemis acharnés de la civilisation grecque. C'est ainsi que *les idées de Galien ne purent pénétrer dans les pays Indous*. Les marchands grecs qui fréquentaient les côtes de l'Inde étaient en définitive trop ignorants, trop indifférents et trop peu influents pour amener une réaction de ce côté, même s'ils l'avaient désirée et s'ils avaient connu exactement la langue des indigènes.

Cependant, l'art de guérir n'eut pas trop à souffrir de cet *isolement*. L'Inde eut, en effet, jusqu'au ^{vii}^e siècle de notre ère, un épanouissement intellectuel surprenant. On voit apparaître à ce moment des auteurs tragiques fort remarquables tels que Kalidasa (Sakountala, Vikramorvasi), Sandraka (le chariot de terre brisé) et Bhakavaboutta (les aventures de Rama). La poésie gnomique offre des modèles presque comparables à l'œuvre d'Hésiode. La fable s'y développe avec une fraîcheur, une souplesse d'invention qui ravirent les peuples étrangers quand les auteurs arabes s'en emparèrent. Enfin le Buhalkatha du poète Gonnadya prélude, dans son célèbre recueil tout plein d'une imagination débordante, aux fameuses « Mille et une

(1) Leurs monnaies sont munies de caractères, de légendes et de types grecs, ainsi que le démontrent les récentes découvertes.

nuits » qu'il a manifestement inspirées. C'est l'époque aussi où se fondent les grands systèmes philosophiques de l'Inde. *Les traditions hippocratiques, rencontrant des esprits intelligents, éveillés, assez bons observateurs, ne pouvaient donc périr ; mais elles s'amalgamèrent d'une façon très curieuse avec des conceptions purement indiennes.*

Les médecins indous jouirent d'une très grande réputation. *Leurs ouvrages, introduits dans l'Extrême-Orient par les missionnaires bouddhistes, servirent de fondement à la médecine des Chinois et des Japonais.*

D'autre part, les Arabes prisèrent beaucoup leur thérapeutique et leur habileté chirurgicale ⁽¹⁾. Ils traduisirent leurs principaux ouvrages. Rhazès, Avicenne, Avenzoar les citent assez souvent. On peut donc dire que, par l'intermédiaire de ces auteurs, *ils ont exercé une certaine influence sur la médecine occidentale.*

D'ailleurs, ils méritaient ce grand renom. Ce n'étaient pas des individualités quelconques, s'adonnant à la médecine comme à une profession marchande, ainsi que cela se passe en Chine. L'art de guérir était très honoré et accessible seulement aux castes élevées de la population. D'abord exclusivement réservé aux Brahmanes, il devint, au commencement de notre ère, accessible aux Kchatryas (guerriers) et aux Vayssias (agriculteurs). Les Soudras (caste inférieure comprenant probablement la plus grande partie de la population dravidienne vaincue par les Aryas) pouvaient exercer moyennant certaines restrictions. Le jeune homme qui voulait devenir médecin n'avait pas à sa disposition les collèges de prêtres enseignants, sorte de faculté médicale qu'on retrouve à Thèbes, à Memphis, à Saïs et à Héliopolis en Egypte pendant la période pharaonique, ni, à plus forte raison, les analogues des médrèsés musulmanes et des universités de notre Moyen-Age. Comme en Grèce, il est obligé de s'attacher à un médecin renommé qui se chargera de l'instruire et de lui donner l'enseignement clinique, en l'amenant auprès de ses malades. Mais, il n'était accepté par lui qu'après un examen sévère des aptitudes physiques, in-

(1) Par exemple, le procédé rhinoplastique indou.

tellectuelles, morales ⁽¹⁾ et lorsqu'il avait prononcé dans une cérémonie d'initiation d'un caractère religieux imposant en face de son futur maître et des Brahmanes, serviteurs des dieux, un serment très analogue au serment hippocratique ⁽²⁾. L'enseignement se faisait dans la maison du maître, dans les temples où l'on amenait des malades et surtout au fond des forêts où l'on choisissait un endroit bien paisible, à l'abri des curiosités indiscreètes, ainsi que le faisaient les druides en Gaule. Comme ces derniers et les autres populations primitives de cette époque, l'enseignement était surtout oral ; cependant on avait déjà quelques livres de médecine classique qu'on commentait avec soin, ainsi que nous l'apprend la lecture de l'Ayur-véda. Ces ouvrages étaient parcourus avec un respect profond ; car ils passaient pour avoir été révélés par une puissance céleste. C'était le cas notamment pour l'Ayur-véda, tout comme par les livres hermétiques de la médecine égyptienne, que l'on supposait composés par le dieu Toth lui-même.

L'Ayur-véda est un upavéda ou upanischad, c'est-à-dire un complément de l'Attar-véda, au même titre que le traité sur la musique, les arts plastiques etc. Il aurait été révélé aux hommes par Dhavantari, sorte de médecin céleste envoyé par les dieux pour gouverner Bénarès (alors appelée Kasi) et délivrer les régions environnantes des maladies qui les désolaient. Or Dhavantari, ayant été un jour visité par de pieux fakirs (anachorètes), parmi lesquels se trouvait Susruta, se mit à leur réciter l'Ayur-véda, qui, suivant lui, avait été composé par Brahma, avant la création du genre humain. Il contenait alors cent mille stokas (distiques) et mille chapitres ;

(1) Le postulant devait être jeune, vigoureux, chaste, pieux, intelligent, à figure fine... beau front élevé, belles dents, nez bien fait, yeux vifs, voix pure...

(2) Dans un endroit écarté... dont le sol était recouvert de fiente de vache... devant un autel destiné aux libations sacrées, le maître armé d'une torche, après avoir invoqué les dieux, ordonnait : Tu dois rester éloigné de l'amour, de la haine, de la brigue, du désir du gain. Porte toujours ongle et cheveux courts, un vêtement propre et parfumé. . Tu ne recevras rien de tes maîtres, des brahmanes, des ermites et des pauvres...

mais Brahma, prenant en considération la brièveté de l'existence et la pauvreté de l'intelligence de l'homme, le réduisit à six parties ou sthana qui sont : 1° le Sutrasthana (livre des principes) ; 2° le Mdanasthana (pathologie) ; 3° le Caristhana (anatomie) ; 4° le Chikitrasthana (thérapeutique) ; 5° le Kalpasthana (toxicologie) ; 6° l'Uttaratantra (dernier traité ou traité par excellence). C'est ce résumé que Dhavantari aurait dicté en quelque sorte à Susruta.

Il se compose d'une alternance continuelle de prose et de vers, comme le Samhita de Charaka, qui passe aussi pour avoir été inspiré par les dieux et semble remonter à une époque un peu plus ancienne. Mais, les deux ouvrages, ayant été écrits sur le même plan et comprenant à peu près les mêmes matières et les mêmes idées, nous nous contenterons de parler de l'Ayur-véda, plus célèbre, connu du reste du public européen bien avant le Samhita de Charaka, et qui a enfin le mérite d'être plus clair et mieux ordonné.

A quelle époque remonte l'Ayur-véda et Susruta l'a-t-il véritablement composé ? Comme ce traité porte manifestement la trace des doctrines hippocratiques, il ne peut être que postérieur à l'apparition des Grecs sur les bords de l'Indus. Le fameux manuscrit boudhique de Bower, le plus vieux des ouvrages sanscrits qui nous soient parvenus, parle déjà de Susruta et le nom de ce médecin est cité dans une inscription cambodgienne du VIII^e siècle. Il s'agit donc d'un personnage historique et non pas d'un être mythique. Des documents récents semblent prouver qu'il vivait au III^e siècle de notre ère, c'est-à-dire en pleine floraison du génie littéraire, scientifique et artistique de l'Inde. Comme Galien, c'était un philosophe. Il se pique d'étudier les principes premiers qui président à la formation du monde ; son raisonnement est logique et en général bien enchaîné. Ses doctrines sont celles de la secte philosophique des Sakyas (école dualistique et rationnelle qui passe pour la plus ancienne. Ainsi qu'Avicenne, il a écrit, comme on vient de le voir par la composition même de son fameux traité, une véritable encyclopédie médicale.

Certaines parties sont tout à fait rudimentaires ; il en est ainsi pour l'anatomie et la physiologie qui n'ont d'ailleurs ja-

mais pu se développer dans l'Inde parce que les idées religieuses, comme chez les Egyptiens et les Hébreux, s'opposaient à ce que l'on touchât à un cadavre, même d'animal, tout corps mort étant regardé comme impur⁽¹⁾. D'autre part, la croyance à la métempsychose interdisait à plus forte raison de se livrer aux vivisections. Des conceptions *a priori* plus ou moins ingénieuses montrent l'imagination des Indous et leur pouvoir d'abstraction bien connu, mais ne peuvent évidemment suppléer d'une façon efficace à ces deux lacunes énormes.

L'étiologie des maladies est, en théorie, sinon en pratique, délivrée de l'hypothèse démoniaque. Les troubles morbides sont attribués à une perturbation de *trois humeurs* qui sont : 1° l'air vital ou *vata* ; 2° la bile ou *pitta* ; 3° le phlegme ou *clehman*. Si la répartition et le mouvement de ces trois humeurs ont un caractère normal, il y a santé ; sinon il y a maladie et les troubles observés résultent, soit d'une seule humeur peccante, soit de plusieurs, soit encore d'une action commune de celles-ci entre elles ou avec le sang, auquel sont dus la chaleur vitale, les mouvements et les sécrétions, etc... Le corps s'entretient par les aliments qu'il absorbe ; le *rasa* ou chyle, élaboré par l'estomac et perfectionné par le foie et par la rate, devient sang, puis chair. L'accumulation de sang et de chair dans les organes, notamment le pharynx, produit diverses affections plus ou moins sérieuses. Une *alimentation vicieuse* est regardée comme la cause la plus efficace de l'altération des humeurs. La proportion exacte des cinq éléments fondamentaux de l'univers, qui les composent (air, terre, eau, feu, éther) s'en trouve modifiée d'une façon désavantageuse. Aussi, l'*hygiène alimentaire* est elle étudiée avec de grands détails dans tous les traités de médecine des Indous. Ils faisaient jouer aussi un certain rôle aux causes climatiques, ayant constaté que les maladies n'étaient pas les mêmes pendant les saisons pluvieuses et pendant les saisons sèches. Ils parlent également des refroidissements, des excès de fatigue... Mais, la contagion

(1) La médecine opératoire se faisait sur des fruits, qui devaient être incisés suivant les préceptes du maître : les sutures s'exécutaient sur des grandes feuilles de bananiers...

est mal entrevue, ainsi que le caractère épidémique de certaines affections, faits qu'Hippocrate avait su déjà reconnaître. Ces vieux auteurs semblent attribuer la fréquence des affections graves dans une région donnée à la colère céleste ; en effet, la médecine indoue conserva toujours un caractère mythique très accentué.

Ainsi, il y avait des jours heureux et malheureux comme chez les Romains. Comme chez ces derniers également, on croyait aveuglément aux présages. Le médecin indou tenait aussi le plus grand compte, au point de vue du pronostic, de la façon dont s'était présenté le messager envoyé par le malade, des vêtements qu'il portait, de l'heure à laquelle il était arrivé, des rencontres qu'il avait faites lui-même en route, etc.

Cependant le *pronostic* n'était pas entièrement basé sur ces idées superstitieuses ; les Indous avaient déjà noté la gravité particulière de certains symptômes. Par exemple, ils avaient une théorie assez analogue à celle des crises d'Hippocrate.

Pour le *diagnostic*, ils s'occupaient surtout de la *nature de l'humeur peccante*, cause des désordres observés. Les commémoratifs renseignaient déjà en partie le médecin sur ce point important. Ainsi, suivant Susruta, les maladies de l'air vital surviennent à la suite des combats, de l'abstinence prolongée, d'une nourriture astringente et sèche. Les aliments acides, chauds, salés ou piquants, lorsqu'ils sont pris en excès et d'une façon habituelle, altèrent la bile. La colère met aussi cette humeur en mouvement. Enfin, les affections bilieuses surviennent surtout pendant les mois chauds de l'année. Les troubles engendrés par le phlegme se produisent quand on mange trop souvent et trop abondamment de mets lourds et indigestes, tels que lait caillé, noix de coco, gâteaux de riz, sucre, beurre clarifié (ghée)... Ces dérangements arrivent surtout dans les saisons froides et pluvieuses.

La *symptomatologie* diffère aussi suivant l'humeur incriminée. Les maladies de l'air vital se décèlent par de la pesanteur abdominale, de la courbature, de l'abbatement intellectuel, du frissonnement, des cauchemars, de la distraction, de la perte de mémoire ; la bouche est sèche et la soif vive, avec un sentiment d'astringence dans la gorge, etc.

Dans les affections d'origine bilieuse, le malade est irritable ; la mémoire est diminuée, mais non l'intelligence, comme dans les affections dues à l'air vital ; les selles sont abondantes ; la peau un peu jaunâtre, la bouche amère, l'appétit faible, la soif vive, la vue mauvaise, et la démarche mal assurée, titubante comme dans l'ivresse.

Dans les perturbations morbides causées par le phlegme, il y a sentiment de plénitude, digestions lentes et pénibles, pâleur de la face et de toute la peau en général, qui est plus froide que d'habitude ; les forces sont abattues et le malade languissant dort beaucoup. Sa langue est blanche et il ressent dans la bouche une saveur styptique.

Si l'air vital s'unit à la bile, il en résulte une réaction inflammatoire très intense, etc.

En se combinant entre elles ou avec le sang, les humeurs peccantes donnent un très grand nombre d'affections générales ou locales qualifiées d'inflammations, de paralysie, d'accumulation de sang ou de chair, etc. C'est ainsi que la pathologie pharyngée est en apparence très compliquée, et ses nombreuses maladies sont difficiles à identifier, comme nous le verrons plus loin.

Au point de vue de la *marche*, Susruta et les autres auteurs indiens ont bien soin de distinguer les maladies en curables et incurables. Ainsi par exemple, s'il est bon de traiter certaines angines, il est inutile de s'occuper de l'œsophagite ou de certaines lésions malignes du pharynx. Cette répartition en deux classes bien distinctes, au point de vue du traitement et du pronostic, avait été déjà admise par Hippocrate, mais pas avec cette vigueur ⁽¹⁾.

La *thérapeutique* indoue est très riche. Elle comprend une foule de simples (plus de 750, suivant Susruta) qui nous sont encore mal connues et un assez grand nombre de drogues d'origine minérale, dont la présence s'explique par l'état très-avancé de la métallurgie chez les Indous de cette époque. Malheureusement, la polypharmacie se montre dans toute sa

⁽¹⁾ Galien combattit du reste cette façon de voir dans son traité à Glaucon.

confusion, ici comme dans toutes les médecines antiques, et pour les raisons que nous avons exposées dans une étude précédente ⁽¹⁾. Les substances dégoûtantes ne font pas défaut et, parmi les excipients habituels (eau de riz aigrie, petit lait etc.), il y en a qui ont lieu de nous surprendre ; tel est, par exemple, l'usage très répandu de l'*urine de vache*. Il est vrai que les idées religieuses, ayant trait à cet animal sacré, favorisaient puissamment cet emploi. La religion intervenait encore dans la façon dont il importait de cueillir les simples. Il fallait rejeter les végétaux croissant dans les jungles, les marécages, les endroits sablonneux, ou remplis de décombres ou situés dans le voisinage d'un cimetière, dans des terrains salés... Le sol où elles se développaient devait être fertile, facile à labourer, noir, rouge ou jaune et placé près d'un cours d'eau, enfin les arbres présenter un aspect luxuriant.

Les qualités du feu (élément primordial) prédominaient, quand la terre, de diverses couleurs, avait un caractère léger, que les arbres petits et espacés portaient des feuilles d'une couleur jaunâtre. Les qualités du vent étaient prépondérantes, quand le terrain était sec, grisâtre comme la cendre de bois, les arbres petits et secs avec des trous nombreux, etc... Les propriétés différaient selon l'époque de l'année et suivant que la cueillette avait lieu à l'aurore, en plein jour ou au crépuscule.

Malgré tous ces enfantillages les médecins indous restent des chercheurs de plantes assidus et souvent heureux ; ils interrogeaient avec soin sur les simples, les paysans, les pâtres et les chasseurs, ainsi que le recommande Susruta. Pour trouver leurs drogues, parfois précieuses, ils n'hésitaient pas à s'enfoncer au milieu des forêts les plus épaisses et les plus dangereuses, ou à gravir les pentes des montagnes les plus escarpées.

II. — PATHOLOGIE PHARYNGÉE DES INDOUS

Pour donner une idée plus exacte de la pathologie pharyngée des Indous, nous avons dû, tout en nous tenant d'une

⁽¹⁾ *Histoire des maladies du pharynx*, t. I.

façon générale à l'Ayur-véda, chercher parfois des interprétations dans d'autres traités, sans doute très analogues, mais sur certains points, plus explicites. Ce sont le Samhita de Charaka, l'Ashtangahridaya de Vaybakatta qui vivait probablement au ^{xii}^e siècle de notre ère et le Nidana de Mhadava qui est un traité de pathologie. Comme on le verra dans les passages que nous avons cru intéressant de traduire, Susruta est beaucoup trop concis. Cette concision s'explique, quand on se souvient que l'enseignement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, était surtout oral et que les sentences toujours très brèves des livres écrits ne servaient que de thèmes aux dissertations du maître. A cette première difficulté de compréhension s'en ajoute encore une autre. Susruta dénomme un certain nombre d'affections de la gorge d'après l'analogie qu'il croit remarquer entre leurs lésions et divers objets physiques ; or ces formes de fleurs ou d'animaux plus ou moins inconnus de nous ne disent que peu de chose à notre esprit.

Ajoutons que l'exposé qui suit est en partie emprunté au très savant ouvrage du Dr Whytte sur la médecine orientale.

L'auteur indou distinguait les unes des autres les maladies de la gorge en s'appuyant sur certains principes que nous allons nous efforcer de mettre en lumière.

NATURE DE L'HUMEUR PECCANTE

La principale division des affections pharyngées, celle qui est la base première de leur thérapeutique, est fondée *sur la nature de l'humeur peccante*. Voici aussi fidèlement, aussi près des textes que possible, leurs notions à ce sujet :

Les cinq formes de mal de gorge surviennent quand l'air vital, la bile, le phlegme sont troublés dans le gosier, isolément ou ensemble, ou quand le sang et les muscles sont malades. Il en résulte un gonflement qui ferme le passage de l'air et produit, par cela même, si l'on n'intervient pas, une mort rapide. — Dans ces cas, il faut pratiquer des saignées générales et locales, donner un vomitif, faire des fumigations et user des gargarismes et des errhines (bains de gorge).

Air vital. — Quand l'air vital est intéressé et que le mal est intense, on a tous les symptômes qui caractérisent la per-

turbation de cette humeur : la racine de la langue devient très douloureuse, le gonflement est dur et obstrue le larynx. — Dans ces cas, après avoir pratiqué une saignée locale, on appliquera du sel gemme sur les scarifications et du ghée chaud (beurre clarifié). On usera aussi de la graisse et de moëlle chauffée, comme errhine, et on les fera garder dans la bouche, à différentes reprises.

Bile. — Dans les perturbations bilieuses, les papilles de la peau sont turgescentes, la région est chaude, sèche et la fièvre intense. — Après avoir saigné, on donnera du sucre, du santal rouge et du miel en applications locales avec une décoction de la liane parusaka.

Phlegme. — Dans les désordres d'origine phlegmatique, la tuméfaction des parties obstrue le passage. Le gonflement évolue lentement et tardivement arrive à suppuration. Il subsiste des *tuméfactions indurées*. — Après une saignée locale, il convient d'appliquer de la poudre de poivre long, par exemple. Comme gargarisme, on prescrira un quart d'huile préparée avec le jus doux de l'aparayata clétoria, du jasmin d'Arabie, du croton polyandrum, du saudhaba, du sel gemme, de chacun un tallah et de l'eau un seer ; réduire par évaporation.

Sang. — Quand le sang doit être incriminé, on voit apparaître un assez grand nombre de tuméfactions rougeâtres sur la langue et sur la racine de celle-ci et les signes propres au dérangement de la bile. Cette variété est incurable.

Désordres produits par des humeurs multiples. — Quand l'air vital, la bile et le phlegme sont troublés en même temps, le gonflement suppuratif envahit une grande partie de la langue, le mal est incurable et on voit apparaître ensemble les symptômes propres à la perturbation de ces diverses humeurs. Le traitement est celui propre à chacune de ces affections.

Lorsque l'air vital et le phlegme sont intéressés ensemble, il y a gonflement de la gorge avec douleurs lancinantes et difficulté de respirer.

Un gonflement de la gorge, causant de la dyspnée et accompagné de petites papilles et de douleurs violentes, est pro-

duit par l'air vital, la bile, avec prédominance du phlegme.

Si c'est le sang et le phlegme qui sont lésés, il y a gonflement de la langue, avec chaleur et picotement ; le gonflement est mou et lourd et ne suppure pas. — Dans ce cas, il faut recourir aux astringents et aux scarifications locales ; quand il y a fièvre, le mal est incurable.

Lorsque toutes les humeurs agissent ensemble avec le sang et déterminent une réaction inflammatoire très violente, de telle sorte que le passage est obstrué, le mal est incurable.

LOCALISATIONS MORBIDES

A côté de ces distinctions à base purement humorales, il convient, selon nous, de placer certaines divisions fondées sur la topographie des lésions : ce sont les maladies du palais, des amygdales de la base de la langue, de l'épiglotte et du pharynx laryngé.

Les *maladies du voile* sont énumérées d'une façon confuse ; l'on y voit des inflammations, des congestions, des tuméfactions chroniques et peut-être même des néoplasmes. Certaines affections signalées par les hippocratiques semblent être connues des Indous, notamment la maladie qu'ils appellent coloquinte (concombre sauvage) et qui est vraisemblablement l'analogue du grain de raisin (staphyle) des Grecs.

Les *maladies des amygdales* ne sont pas étudiées à part. Toutefois la lecture attentive de l'Ayur-véda et du Samhita prouve que les Indous connaissaient une phlegmasie aiguë souvent suppurative, qui doit être « traitée par le scalpel », une inflammation subaiguë, appelée noyau de prune (?) et une amygdalite chronique (hypertrophie des amygdales) qu'ils regardaient comme incurable, sans doute parce qu'ils n'en pratiquaient pas l'extirpation, comme les chirurgiens hellènes.

Diverses lésions de la base de la langue (phlegmons et hypertrophies) leur sont nettement connues. Il en est de même de l'*épiglottite*, qui fait, dit Susruta, apparaître une deuxième langue au fond de la gorge.

Ce n'est pas sans un certain étonnement que nous avons trouvé ici, comme chez les Grecs, nettement signalées des af-

fections de la base de la langue et de l'épiglotte que l'on croirait plutôt de connaissance récente. Cela tient-il à un mode d'exploration déjà perfectionné? (emploi de spatule, attitude, du malade dans une position spéciale.)

Les *affections du pharynx laryngé* étaient confondues avec celles de l'œsophage sous le nom d'œsophagite; on les déclarait incurables, quand elles gênaient l'accès de l'air.

Whytte dit que les médecins de cette période connaissaient le *croup* qu'ils attribuaient au phlegme; mais la chose n'est pas du tout démontrée.

III. — TRADUCTION DU CHAPITRE XVI DE L'AYUR-VÉDA DE SUSRUTA

D'après le texte latin de Hesseler, p. 204, 1^{er} vol.

I. — *Affections du voile*. — Les maladies de la *luette* font partie des maladies du palais. Ce sont la coloquinte, la chair, la tortue, la tumeur dite insensilis, la tuméfaction, le dessèchement et la coction du voile.

La combinaison du phlegme avec le sang produit une tuméfaction marquée à la racine du palais, qui ressemble à un ventre balonné. Il en résulte de la soif, du catarrhe, de l'oppression. Les médecins appellent cette affection mal uvulaire. (œdème inflammatoire diffus du voile à caractère atonique?)

Lorsque le phlegme et le sang produisent une tuméfaction rigide, douloureuse, atteinte de dessèchement et de maturité, on dit qu'il y a l'affection connue sous le nom de coloquinte (raisin des grecs? plegmon?).

Une tumeur rouge, dure quand elle est due au sang est appelée angine et est accompagnée de fièvre.

La tumeur indolore, exsangue, semblable à la carapace d'une tortue, à marche lente et causée par le phlegme, est appelée « tortue » (Scrofulides, lupus ??).

La tumeur médiane du palais, ressemblant comme forme au nêlumbo et due au sang, est nommée par les médecins « tuméfaction insensilis ».

La tuméfaction indolente, située à l'extrémité de la luette,

et due à une altération du phlegme, est appelée « accumulation de chair » (hypertrophie ?).

Il peut se former dans le palais une tumeur indolente, stable, de la grosseur du fruit du jujube, et qui est produite par un mélange du phlegme avec la graisse (néoplasme ?).

Lorsque le palais desséché outre mesure se fendille, que le malade est oppressé, le mal est dû à la bile. Celle-ci peut amener un dessèchement tout à fait anormal et très redoutable du voile, que l'on appelle « dessèchement du palais » (Peut-être voile dans certains états ataxo-adyamiques ?).

II. — *Maladies de la gorge.* — Cinq espèces d'inflammations peuvent se produire dans la gorge : le bulbe, l'hypertrophie de la langue, l'œsophagite, l'accumulation simple du phlegme, la tuméfaction des amygdales. La gilyon, le phlegmon, l'obturation de la gorge, l'aphonie, la tension de la chair, le bubon sont aussi des maladies de cet organe.

L'air vital, la bile, le phlegme, peuvent troubler la gorge, soit isolément, soit en se combinant ensemble, corrompant les chairs, les tuméfiant, et obturant plus ou moins le passage. Quand les humeurs envahissent rapidement la région, il y a ce qu'on appelle inflammation (angine).

Il peut se faire du côté de la racine de la langue des tuméfactions douloureuses qui oblitérent plus ou moins le passage. Dues à une perturbation de l'air vital, elles s'accompagnent des symptômes propres aux affections déterminées par cette humeur.

Si le mal évolue rapidement, qu'il marche très vite vers la coction et la maturation, s'il s'accompagne d'une fièvre ardente, l'inflammation est due à la bile (phlegmon de la base de la langue ou de l'épiglotte).

Si au contraire l'affection diminue la sensibilité de l'organe, évolue lentement et détermine des tuméfactions résistantes et stables, l'inflammation est due au phlegme (Hypertrophie de l'amygdale linguale).

Si le mal est profond, si les symptômes sont intenses, le mal est produit par une altération concomitante des trois humeurs (épiglottite, laryngite... ?).

La tumeur de la grosseur d'un noyau de jujube, fixe, im-

mobile, lancinante, due à, l'action de petites esquilles osseuses ou à des échardes, engendrée par le phlegme, et que le scalpel peut guérir, s'appelle bulbe (abcès autour d'un corps étranger).

Le mal qui siège à la racine de la langue près de ses ligaments et qui est déterminé par le phlegme est plein de sang. Ce mal forme comme deux langues à son niveau (à cause de la tuméfaction de l'épiglotte?). Le médecin doit le laisser arriver à maturité (probablement épiglottite).

Lorsque le phlegme forme des tumeurs allongées et saillantes qui atteignent l'œsophage, quelles que soient la forme et l'allure du mal celui-ci est incurable (néoplasmes du pharynx laryngé...?).

Le phlegme et le sang combinés peuvent aussi former une tumeur caractérisée par l'oppression et la douleur, c'est ce que les médecins appellent phlegme et elle est incurable (lésions du pharynx laryngé, du larynx...).

La tumeur saillante, arrondie, lancinante amenant du prurit, n'ayant pas de tendance à la maturation, molle, lourde, est appelée accumulation simple (d'humeur) et est due à un mélange de phlegme et de sang (angines catarrhales chroniques?).

Si la tumeur, ronde et saillante, marche rapidement vers la maturité et qu'elle s'accompagne d'une fièvre ardente le mal est douloureux, sensible à cause de l'irritation de la bile et du sang (esquinancie ?); si elle est due à un mélange d'air vital et de sang c'est l'accumulation proprement dite (hypertrophie ?).

Le mal fixe, dense, obturant le passage du gosier, accumulant outre mesure les chairs et provoquant des douleurs variées est produit par une combinaison des trois humeurs, et tue les individus, par centaine; c'est ce qu'on nomme la tuméfaction incurable des amygdales (amygdalites septiques croup ?).

La tuméfaction de la gorge, de la grosseur des fruits du *Phyllanthus*, stable, presque indolente est due à un mélange de phlegme et de sang et adhère comme les fruits (akènes) du *Terminalia longifolia*; quand il est guérissable par le scalpel, on l'appelle gilyon.

Le mal qui frappe toute l'étendue de la gorge est le résultat d'une combinaison de toutes les humeurs ; c'est le phlegmon (diffus) de la gorge.

Si le malade, pleurant sans cesse, a la voix entrecoupée et qu'il rende un son sourd dans les canaux aériens oblitérés par le phlegme, on dit qu'il a le mal qui coupe la voix (laryngites œdémateuses...).

Quand les chairs sont tendues, tuméfiées, douloureuses, que le gosier est gêné dans ses fonctions, ainsi que le passage de l'air, on appelle ce mal, dû à un mélange des trois humeurs, tension des chairs (du pharynx).

Le mal froid, douloureux, caractérisé par une tuméfaction rouge, médiane, s'accompagnant d'une destruction fétide des chairs est dû à la bile et connu des médecins sous le nom de bubon (gangrène ?) ; le malade est forcé en général de reposer sur le côté.

IV. — THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA GORGE

D'après Susruta (cap. xxii, 11^e volume, page 133 de la traduction latine de Hesseler).

Dans la tumeur du palais semblable au fruit de la coloquinte, dans l'angine, dans la tuméfaction semblable à la carapace d'une tortue, dans l'accumulation de chair, dans la tumeur du palais, on fera le même traitement et on recourra notamment au scalpel. On pratiquera des badigeonnages et des fumigations, si l'air vital est troublé.

Maintenant que nous venons de dire la médication propre aux affections du palais, il nous faut indiquer la façon dont il faut soigner les maladies de la gorge.

Dans les inflammations *curables* de cet organe, il est utile de pratiquer une émission sanguine, et le malade conservera quelque temps dans la bouche de l'huile tiède.

Contre les inflammations biliaires, le médecin emploiera le ptérocarpus santalinus, le sucre et le miel.

Il est bon aussi de se gargariser avec une décoction de feuilles de vigne, de xylocarpus, de grenade.

Les inflammations phlegmatiques seront combattues par les fumigations et par les infusions de strychnos ; on fera des applications avec de l'huile d'andropogon, du jus de groseille et du sel gemme, dans le nez et la bouche.

Quand le mal résulte d'une altération du phlegme et de la bile, on fait des scarifications locales pour obtenir une émission sanguine et on traite cette affection comme la tuméfaction du palais semblable au fruit de la coloquinte. Le malade prendra comme aliment une décoction d'orge (ptisane hippocratique ?). On fera une médication identique pour les affections du voile et l'hypertrophie de la langue. S'il y a apport de sang exagéré, on pratiquera une émission sanguine locale et on recourra à la purgation.

Contre le mal appelé gilayon, le scalpel est nécessaire.

Dans le phlegmon qui ne siège pas dans les articulations (mal de Pott sous occipital ?), il faut attendre la maturation complète. Si le mal est produit par un trouble de l'air vital, on emploiera avec succès le sel gemme. On se servira aussi avec avantage de l'huile tirée des substances (fruits) qui participent de la nature de l'air (un des cinq éléments de la nature). On fera des fumigations onctueuses de même caractère. Puis, que le médecin prenne du suc de Schorea robusta, de buchanania latifolia, de ricin, de terminalia, de bassia lalifolia, du bdellium (encens), des feuilles d'absinthe, de la racine de valériane jutamani, du benjoin, de la résine du pin à longues feuilles, de la résine de schorea robusta, du styrax, de la cire ; qu'il broie convenablement ce mélange, le tout avec de l'huile, et qu'il applique cet onguent sur les parties malades. Il peut aussi employer la bignonia indica écrasée dans le miel. Les fumigations sont utiles dans les maladies phlegmoneuses de la gorge et aussi de la bouche.

Pour se débarrasser du phlegmon bilieux de la gorge, un bon moyen d'évacuer l'humeur est de purger le malade, de pratiquer des gargarismes et des badigeonnages.

Dans le phlegmon phlegmatique de la gorge, il faudra recourir aux antiphlogistiques. Que le malade boive une décoction de l'atisviska, du cyampelum hexandrum, du souchet rond, de résine de pin (cèdre) déodara, de l'asclépiade acide,

de l'echitès antidysentérique de la *Michelia champaca*, et de l'*urine de vache* ; on prendra de chaque un setier. On peut aussi badigeonner la gorge avec du lait, de l'eau sucrée, de l'*urine de vache*, du petit lait, de l'eau de riz fermentée qu'on mélangera avec de l'huile de sésame oriental, ou du beurre clarifié...

On considérera comme *incurables* les troubles graves de la voix, l'œsophagite, l'accumulation de phlegme ou de bile, l'occlusion du gosier, la tension des chairs, l'hypertrophie des amygdales. Il est inutile que le médecin s'occupe du traitement de pareilles maladies.

V. — CONCLUSIONS

Les médecins indous des premiers siècles de notre ère distinguaient, rappelons-le, un grand nombre de maladies du pharynx ; mais il est difficile de les identifier avec celles que nous admettons actuellement. Il est certain, du reste, que leurs théories pathogéniques, poussées pour ainsi dire à leurs dernières limites, leur ont fait admettre bien des types morbides, en réalité mal déterminés et tendant plus ou moins à se confondre. En un mot, les nosologistes des bords de l'Indus et du Gange sont tombés dans le grave défaut qu'Hippocrate reprochait à l'école de Cnide, c'est-à-dire de multiplier outre mesure les espèces morbides.

Pour admettre l'existence de toutes ces affections pharyngées que l'Ayur-véda énumère, ou se basait, comme Galien, principalement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, *sur la nature de l'humeur peccante altérée*, qui pouvait être unique ou combinée avec une autre encore ou avec le sang.

Il y avait encore une autre base à ces divisions, une sorte d'*anatomie pathologique*, du reste toute conjecturale. Ainsi les médecins indous admettaient des congestions simples (amas de sang en un point de l'organe), des inflammations catarrhales ou suppurées, des hypertrophies, par exemple des amygdales, de la base de la langue, des indurations localisées qu'ils comparaient à un noyau de prune ou de jujube. Ils utilisaient aussi jusqu'à un certain point la *topographie des lé-*

sions. Ainsi, ils savaient que celles-ci peuvent être diffuses, ou cantonnées au voile, aux amygdales (par exemple l'hypertrophie que Susruta déclare incurable et l'abcès qu'il traitait par l'incision, à la base, de la langue, à l'épiglotte qui dit-il, « quand elle est fortement enflammée, forme comme une deuxième langue dans le bas du pharynx ». Il est assez facile de reconnaître que les angines phlegmatiques pures sont des angines légères à forme traînante, indolente, survenant chez des sujets diathésiques, probablement des scrofuleux. Au contraire, les angines dues à un mélange de phlegme et de sang, de bile et de sang et surtout à une perturbation morbide concomitante des trois humeurs, sont d'un type clinique beaucoup plus grave et ressemblent à nos pharyngites infectieuses ou à nos angines phlegmoneuses.

Certaines variétés ne semblent pas connues de Susruta, bien qu'Hippocrate les ait signalées, notamment l'érysipèle du pharynx qui peut sortir ou rentrer et l'angine dyphtérique(?). A propos de cette dernière, les avis diffèrent. Whytte parle cependant du croup, comme d'une affection connue des Indous, mais ayant, dit-il, un caractère beaucoup plus bénin qu'en Europe.

Les complications ne sont pas signalées et, bien que Susruta parle à plusieurs reprises de la nécessité de l'incision, il est loin d'avoir, comme les auteurs grecs, précisé l'aspect et l'évolution clinique des suppurations d'origine bucco-pharyngées.

Il est possible que les Indous aient connu les ulcères malins de la gorge ; mais cela ne ressort pas nettement de leurs écrits. En tout cas, leur accumulation de chair, leurs angines phlegmatiques traînantes semblent prouver qu'ils avaient quelque idée des pharyngites chroniques.

Leur thérapeutique ⁽¹⁾ est assez riche. Il faudrait, pour en apprécier justement la valeur, après avoir identifié les simples qu'elle contient, les étudier attentivement au point de vue de

(1) Pour cette partie fort intéressante, nous avons mis à contribution non seulement l'Ayur-véda, aussi les contemporains et les successeurs immédiats de Susruta.

la chimie et de la toxicologie expérimentales. Or, ce travail est loin d'être accompli.

Quoi qu'il en soit les médecins Indous possédaient des substances *astringentes* légères (citron, grenade, mûres, groseilles (?) agissant pas l'acide citrique, ou malique, que contiennent ces fruits ou par le tannin (*bûchanania latifolia*, *terminalia*, écorces d'arbres variées, notamment de chênes asiatiques), qu'ils donnaient en décoction ou mélangés soit à du miel, soit à du sucre, car ils commençaient à confectionner de véritables *sirops* dont l'usage passa ensuite aux Arabes (sirop vinaigré de Rhazés par exemple). — Mais, dans les cas intenses, ils employaient des astringents plus actifs, minéraux ou végétaux, tels que le vitriol bleu, les sels de fer, l'alun, le kino, la noix d'areck ou la noix de galle.

Comme *adoucissants*, ils usaient des décoctés d'orge, d'hibiscus, du miel, du lait et surtout du petit lait. Les praticiens de cette époque prescrivaient volontiers aussi des mélanges huileux divers, faits par exemple avec de l'huile d'andropogon et qu'on gardait quelque temps dans la bouche pour les rejeter ensuite. C'était de véritables bains locaux bucco-pharyngés (errhines).

Pour *réchauffer* les tissus, dans les cas d'angines torpides à caractère phlegmatique, on se servait beaucoup du sel gemme, de la chaux, du soufre, des sels de plomb, de cuivre, de fer, de zinc, de l'arsenic, du cinabre; car, la métallurgie très avancée des Indous (voir le récent travail de Berthelot sur ce sujet) leur permettait un usage assez étendu des drogues minérales.

Comme *purgatifs* (maladies bilieuses), ils employaient l'aloès, la scammonée, la rhubarbe, le tamarin, le jumalgata, le *calomet* qui était déjà, d'un usage ancien, du suc d'euphorbe, du mirobolan, de la fleur de soufre, du *sulfate de potasse* ou de *soude*, de la lie de vin (tartrate de potasse).

Comme *vomitifs*, rarement employés dans la thérapeutique pharyngée, on prescrivait des *sels d'antimoine*, du *sulfate* de cuivre, des semences de chardon jaune, etc.

Comme *maturatifs*, on recommandait surtout des solutions d'ammoniaque, des décoctions d'ail, de garance, une sorte de

piment, le poivre long ou le poivre court et différentes résines tirées par exemple du schorea robusta, du cidre déodara, du pin à longues feuilles, du cyprès, etc... Notons à ce sujet qu'on conseillait assez souvent des baumes tirés d'arbres aliboufiers assez variés et bien déterminés aujourd'hui. Ces drogues avaient à peu près les propriétés du baume de tolu.

La valériane jutamani jouait le rôle du fameux nard chez les gréco-romains. Elle était très estimée, non seulement pour les maladies de la gorge, mais encore pour une foule d'autres affections. Il en était de même du gingembre. Le santal se donnait volontiers en fumigations ainsi que le podocarpus santalinus, parfois en décoctions.

Comme *moyens thérapeutiques*, signalons, en première ligne, la *saignée locale ou générale* dont les Indous abusaient moins que les médecins grecs et qu'ils employaient surtout dans les formes d'angine où ils supposaient que le sang, seul ou mélangé à d'autres humeurs, jouait un rôle important. Les *scarifications bucco-pharyngées* étaient en général saupoudrées de sel gemme. Puis, venaient les *gargarismes* divers (astringents, adoucissants), les *bains locaux* bucco-pharyngés, le plus souvent huileux. Les *fumigations* se donnaient surtout dans les maladies dues à une perturbation de l'air vital, agissant seul ou mélangé avec la bile. Les *badigeonnages* étaient d'une pratique courante comme les gargarismes. Susruta recommande aussi les *onctions* avec des onguents divers d'une formule très compliquée et dans lesquels entraient des résines, de la cire, de l'huile, etc... Les *cataplasmes*, les *sinapismes* semblent aussi employés (?), mais on s'en servait beaucoup moins qu'en Grèce.

L'*intervention sanglante* est recommandée pour un assez grand nombre d'affections probablement suppuratives ; mais elle était fort limitée. Ainsi l'Ayur-véda déclare l'hypertrophie des amygdales incurable ; on ne devait pas y toucher. Quant à la trachéotomie, nous n'en avons trouvé aucune trace dans les écrits indous de cette époque.

IV

L'AÉROTHERMIE DANS LES AFFECTIONS DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES. NOTE PRÉLIMINAIRE AVEC PRÉSENTATION D'UN APPAREIL

Par **U. AMBROSINI,**

Directeur-adjoint de l'Institut et de la clinique pour le traitement
des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge,
dirigés par le Prof. T. DELLA VEDOVA, à Milan.

Dans le numéro de juillet 1900, des *Annales des maladies de l'Oreille* etc., Lermoyez et Mahu ont publié sous le titre de *nouvelle méthode de traitement des affections du nez par les applications d'air chaud*, un intéressant mémoire dans lequel, outre un développement assez complet de la question, ils décrivent un appareil imaginé par eux pour faciliter l'application du traitement.

L'impulsion étant donnée, ce sujet important fut porté sur le terrain scientifique et étudié afin de mieux délimiter les altérations pouvant en bénéficier. Un des premiers à consigner le résultat de ses expériences fut Lichtwitz, dont le travail intitulé *Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales* a paru au mois d'avril dernier dans les *Annales*.

Le fait principal signalé dans cette communication est une modification à l'appareil primitif, suggérée à l'auteur par l'impossibilité de se procurer à Bordeaux des tubes d'air comprimé à 120 atmosphères employés par les promoteurs de cette méthode comme base de l'air à réchauffer.

L'appareil de Lermoyez et Mahu est très simple, il se compose : 1° d'un réservoir d'air comprimé à 120 atmosphères ;

2° d'un serpentin de cuivre réchauffé par un bec Bunsen à travers lequel l'air doit passer pour s'échauffer et se dessécher ; 3° d'un tube dirigeant l'air chaud et sec sur la région affectée.

Lichtwitz ne pouvant obtenir les tubes d'air comprimé à 120 atmosphères songea à les remplacer par une pompe aspirante et foulante mue par un moteur électrique dont la marche se réglait aisément. L'application de ce procédé fut ainsi mise à la portée de chacun, et préserva même les spécialistes des dangers inhérents à l'explosion éventuelle des tubes qui aurait les plus graves inconvénients tant pour le malade que pour le médecin.

Sitôt après la publication de Lermoyez et Mahu, comme je m'étais occupé d'un côté accessoire de la question concernant l'inhalation de vapeurs médicamenteuses par les fosses nasales au moyen d'un vaporisateur ⁽¹⁾, je me mis à répéter les expériences rapportées par ces auteurs et je me heurtai aux mêmes difficultés que Lichtwitz, encore accrues.

Dans son travail, Lichtwitz avait résolu le problème de l'air, mais il fallait encore modifier les deux autres parties de l'appareil qui répondaient fort mal au côté pratique de l'application.

Dans les deux appareils, l'air se réchauffe en passant à travers un serpentin de cuivre échauffé par un bec Bunsen, et le tube conducteur vertébré est revêtu à l'intérieur d'un tissu d'amiante recouvert d'anneaux métalliques sphéroïdaux, s'enchevêtrant les uns dans les autres et dont les défauts sautent aux yeux.

Le tube conducteur est rigide, compliqué, il s'échauffe facilement, est peu maniable et lourd. Le générateur de l'air chaud l'amène malaisément à la température requise en employant un temps relativement long et même en augmentant la superficie du calorique ; bien que l'orifice de sortie de l'air soit plutôt restreint (un demi à un millimètre) on ne réussit

⁽¹⁾ *Annali di Laringologia, Otologia, Rinologia, e Faringologia*, Vol. I, fasc. 4, octobre 1900. *La Pratica oto rino laringoiatrica*, fasc. II.

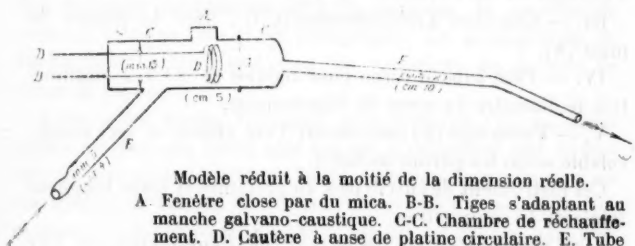
pas à l'échauffer suffisamment. De plus, si l'air est fortement chargé d'humidité, il peut arriver au contact de la muqueuse lésée sans être complètement sec.

Ces inconvénients me rendirent très hésitant au sujet de l'application pratique du procédé, même après la lecture du mémoire de Lichtwitz et je décidai de poursuivre mes recherches afin de pouvoir réchauffer l'air de 70 à 90°, de l'assécher promptement et de l'appliquer à l'aide d'un instrument facile à manier et sûr.

Après plusieurs tentatives, j'allais renoncer à la solution de ce problème, lorsqu'en causant avec mon excellent ami le Prof. Platschick, docent d'odontiatrie, la discussion tomba sur la seringue électrique à air chaud de Rowney et sur l'appareil de Telschow. Ces instruments, qui servent aux dentistes pour produire de l'air chaud et assécher sous une certaine pression la cavité dentaire cariée avant de procéder à l'obturation, me semblèrent pouvoir s'adapter à mon but.

Dans l'instrument que j'ai modifié d'après les deux modèles décrits ci-dessus, le réchauffement de l'air s'obtient en le faisant passer à travers une petite chambre cylindrique dont le diamètre est occupé par une spirale de platine que l'on rend incandescente au moyen de l'accumulateur électrique servant pour la galvano caustique.

Je passerai immédiatement à la description de l'appareil dont je fournis un dessin schématique.



Modèle réduit à la moitié de la dimension réelle.

- A. Fenêtre close par du mica. B-B. Tiges s'adaptant au manche galvano-caustique. C-C. Chambre de réchauffement. D. Cautère à anse de platine circulaire. E. Tube introduisant l'air comprimé. F. Petite tige portant l'air chaud et sec. G. Point d'attache de l'érou.

Celui-ci consiste en un petit corps métallique (*chambre de réchauffement*), cylindrique, creux, long de 5 centimètres et

ayant 13 millimètres de diamètre. A l'une des extrémités sont fixées les deux branches où s'attache le manche du galvanocautère ordinaire, et à l'autre extrémité on visse un tube mesurant 10 centimètres de long et 2 millimètres de diamètre, légèrement recourbé à l'extrémité libre. Ce petit tube sert à conduire et à diriger le jet sur la muqueuse affectée.

A la partie inférieure du corps de l'instrument, juste à son tiers postérieur, très près des points d'attache des fils de l'accumulateur est soudé un autre petit tube cylindrique (*introduit de l'air*) mesurant 5 centimètres de long et 4 millimètres de diamètre, servant à projeter l'air sous pression dans la chambre de réchauffement. A l'intérieur de celle-ci, est fixée une spirale plate et circulaire en platine de 8 millimètres de diamètre terminée par les fils de l'accumulateur.

A la partie supérieure, environ à la moitié du tiers antérieur ou libre, on pratique une fenêtre de 8 millimètres également en correspondance avec l'anse de platine. Par la fenêtre, hermétiquement close par du mica, nous pouvons distinguer l'anse de platine, ce qui nous permet d'en régler la température pendant l'application.

En résumé l'appareil se compose de cinq parties divisibles et démontables ainsi réparties :

I. — Attache au manche galvanocautistique (B-B) et fils internes ; tubes introduisant l'air comprimé (E.)

II. — Cautère à anse de platine plate et circulaire (D) facile à changer en cas de fusion.

III. — Chambre d'échauffement (C C.) avec la fenêtre de mica (A).

IV. — Petit tube et écrou pour réduire de 13 à 2 millimètres le diamètre du corps de l'instrument.

V. — Petite tige (F) renfermant l'air chaud et sec, renouvelable selon les parties malades.

Cet instrument de cuivre pèse 45 grammes et a une longueur totale de 15 centimètres.

Avec cet appareil, la *technique de l'application* de l'air chaud et sec dans les cavités nasales est comparable à la galvanocautistique la plus simple et c'est en cela surtout que git l'importance de la modification.

A l'instar de l'appareil de Lichtwitz, l'air comprimé est fourni par une petite pompe aspirante et foulante de 4 centimètres de haut et 3 centimètres de diamètre mue par un petit moteur masseur ayant la force d'un dixième de cheval.

La pression de l'air peut, dans ce cas, être modifiée par la vitesse du moteur et la longueur du bras relevant le piston.

Le jet de l'air est régularisé et entretenu par la présence entre la pompe et le chenal d'immersion de l'air dans la chambre de réchauffement, d'une balle de caoutchouc, analogue à celle du pulvérisateur Richardson, qui sert de réservoir.

Le calorique est fourni par des accumulateurs Bottini ordinaires qui nous permettent de varier la température de l'air chaud et sec pour imprimer des transformations à l'anse incandescente, en la faisant passer du gris au rouge brique, au rouge cerise, au rouge clair, au blanc ou bien en la laissant s'éteindre après le réchauffement.

Pour protéger les parois des fosses nasales d'une irradiation trop vive, on emploie un spéculum qui laisse à découvert la région malade seulement.

Avant de se servir de l'instrument on éprouva la température de l'air sortant du chenal d'émulsion en le faisant pénétrer dans un tube cylindrique d'environ 15 centimètres de long, muni à une de ses extrémités de l'appareil et à l'autre bout duquel on fixe un thermomètre. Très rapidement, en un laps de temps oscillant de 30 à 60 secondes, la colonne de mercure atteignait 80 et 90° centigrades. La promptitude de l'échauffement changeait avec les variations de chaleur de l'anse de platine.

Ayant ainsi rendu l'appareil plus pratique, j'ai pu aussi mettre au jour une autre idée qui me fut suggérée par la lecture du travail de Gautier et Larat intitulé : *Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud* (Paris 1897). Ce fut cet article qui inspira aux promoteurs du procédé nouveau l'application du jet continu d'air chaud en rhinothérapie.

Je pensai que l'influence des inhalations et des vaporisations nasales variant selon les médicaments employés, il devait en

être de même de l'air chaud et sec s'il était possible d'y incorporer un remède.

J'obtins facilement ce résultat par deux moyens fort simples : soit en faisant bouillonner à travers une bouteille de Wolff, chargée du médicament, l'air fourni par la pompe avant de l'introduire dans la chambre de réchauffement ; soit en l'aspirant d'une bouteille de Wolff renfermant la substance médicamenteuse et en le précipitant dans la chambre de réchauffement après qu'il a passé au travers du corps de pompe.

Ainsi fut résolu le problème de la médication de l'air chaud et sec.

Cette simple addition complète l'instrument et transformé comme il est actuellement, il peut servir au traitement de toutes les affections ressortissant à notre spécialité.

Les remèdes que j'ai employés jusqu'ici par ce nouveau système sont uniquement ceux qui conservent leur pouvoir médicamenteux même sous une forme gazeuse.

On peut les diviser en trois groupes principaux selon leur mode d'action :

- I. — Substances âcres et irritantes.
- II. — Matières odorantes (parfums).
- III. — Désinfectants.

Les premières provoquent l'irritation et l'hypérémie de la muqueuse avec laquelle elles sont en contact, elles favorisent l'échange matériel ; attirent à la surface de la muqueuse une grande quantité de leucocytes et augmentent l'écoulement aqueux ainsi qu'il advient à la période inflammatoire primitive.

Les substances du second groupe stimulent et modifient la sensibilité spécifique de la muqueuse schneidérienne dans l'anosmie, la cacosmie, l'hypérosmie et dans toutes les altérations de la sensibilité spécifique même rattachées à des lésions du système nerveux central.

Les désinfectants agissent contre toutes les formes infectieuses, transformant les unes et guérissant totalement les autres.

Quels sont les avantages de ce mode de traitement ?

On l'a beaucoup appliqué à notre clinique, mais je ne puis exposer ici les résultats obtenus qui dépasseraient les limites d'une note préliminaire. J'espère, dans un prochain travail, consigner les résultats des expériences en cours et émettre une opinion plus sûre sur les affections soignées avec succès.

Je me bornerai pour le moment à de brèves généralités.

A la suite de l'application de l'air chaud et sec, la muqueuse nasale saine devient d'abord sèche et rouge, puis elle se tend, prend un aspect lisse et brillant et le malade accuse une forte sensation de sécheresse ; alors survient un écoulement aqueux plus ou moins abondant dont la durée varie de plusieurs heures.

Cette application agit principalement contre deux catégories de lésions :

1° *Les altérations de la sécrétion ;*

2° *Les troubles d'origine nerveuse, tant locaux que généralisés, en rapport avec les premières voies aériennes.*

Le premier groupe comprend des formes morbides variées pouvant être distribuées en deux classes principales : a) Altérations simples, soit quantitatives, soit qualitatives de la sécrétion ; b) Toutes les inflammations aiguës et chroniques et quelques formes spécifiques.

La seconde catégorie renferme : a) les troubles réflexes ; b) les lésions provoquées par les altérations du système nerveux ; c) les affections dues à la perversion de la sensibilité spécifique olfactive et tactile de la muqueuse schneidérienne et des autres muqueuses limitrophes.

Pour conclure, mon appareil consiste en l'application rationnelle à notre thérapeutique spéciale d'un instrument odontologique génial et bien connu auquel on imprime des modifications suggérées par la diversité des régions qui ont besoin d'être traitées et par les caractères cliniques des lésions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Séance du 25 octobre 1899 ⁽¹⁾.

Président : R. C. MYLES

1. F. J. QUINLAN. — Sténose trachéale apparente dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte. — 2. a observé récemment dans son service un malade qui y était entré pour une sténose trachéale. L'auteur pensa qu'il s'agissait d'un anévrysme aortique. En examinant le larynx, on vit la corde droite dans la position d'abduction, tandis que la corde gauche conservait toute sa motilité. Ensuite, une quantité considérable de pus s'écoula de la commissure postérieure. Après cocaïnisation, on reconnut que la muqueuse était violemment infiltrée. On pratiqua une trachéotomie basse après anesthésie, avec trois gouttes d'une solution de cocaïne à 4%. Incision du ligament crico-thyroïdien et du cartilage cricoïde. Hémorrhagie abondante, puis insertion d'une canule. Le malade se trouva bien durant toute la journée, mais le lendemain matin il fut repris de dyspnée qui s'améliora légèrement sous l'influence de la nitro-glycérine et de toniques cardiaques. Trois jours après, le malade succomba, et à l'autopsie on trouva un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte non rompu. La suppuration était évidemment d'origine anévrysmale.

2. J. F. Mc KERNON. — Contribution à la technique de l'urano-plastie moderne. — L'auteur rapporte que, sur le conseil d'un chirurgien, il a essayé l'anesthésie à travers une canule à trachéotomie que le malade porte huit à dix jours, tandis qu'on l'alimente par le rectum, ce qui favorise la guérison sans infection de la plaie opératoire. L'auteur a essayé ce procédé dans 4 cas où la fente s'étendait à travers le voile et la voûte du palais. Après chloroformisation on faisait la trachéotomie on continuait l'anesthésie à

(1) D'après *The Laryngoscope*, décembre 1899.

travers la plaie trachéale, et on plaçait un tampon de gaze stérilisée à la base de la langue. Alors, avec des ciseaux on commençait à détacher les angles inférieurs de la fente, puis l'incision était prolongée sous une forme elliptique. On évite de détruire la luette. Incision courbe dans la voûte palatine pénétrant dans la muqueuse et le périoste. Avant de poser les sutures, on enrayera l'hémorrhagie au moyen de tampons de gaze tiédés. Après avoir nettoyé la cavité buccale avec de l'eau salée, on introduira de la gaze stérilisée sous le voile du palais et la paroi pharyngée postérieure ; on en recouvrira aussi le champ opératoire. Pour l'alimentation, on aura recours à des liquides peptonisés. On injectera des solutions salées dans le rectum. Le pansement sera changé tous les jours, afin d'éviter l'accumulation salivaire. Au bout de dix à douze jours le malade peut se nourrir par la bouche et on retire la canule. La plaie trachéale guérit rapidement.

Mc KERNON relate ensuite quatre observations concernant un jeune homme de 22 ans qui, au bout de vingt mois, put causer admirablement ; une femme de 20 ans, atteinte de bec de lièvre congénital, qui fut notablement améliorée ; une veuve de 33 ans, soignée depuis longtemps pour des troubles auditifs qui furent très favorablement influencés par l'opération ; quant à la parole, elle s'améliora fort peu ; enfin une enfant de 3 ans qui retira de l'intervention un bénéfice marqué.

Discussion.

B. F. CURTIS félicite l'auteur de ses succès, il est d'avis qu'il faudrait toujours opérer les enfants très jeunes afin qu'ils ne prennent pas l'habitude de parler mal. Il n'est pas partisan de la trachéotomie qui expose le malade aux risques d'une pneumonie.

C. H. KNIGHT n'est pas d'avis non plus de pratiquer la trachéotomie, il préfère placer le malade dans la position de Rose. Les effets de l'opération sont remarquables.

A. B. DUEL est convaincu de l'efficacité de la trachéotomie préventive.

E. MAYER demande si les confrères présents ont quelque expérience à propos des injections hypodermiques d'atropine pré-opératoires ; il n'a employé ce moyen que pour des affections du voile du palais.

M. D. LEDERMAN désire savoir si les malades de Mc KERNON étaient porteurs d'hypertrophies des cornets ou de végétations adénoïdes, ainsi qu'il l'a observé.

QUINLAN craindrait que la trachéotomie n'engendrât une bronchite septique ou une pneumonie. Il s'est servi, avec succès, de l'extrait surrénal dans un cas pour atténuer l'hémorrhagie au cours d'une opération palatine.

J. H. WOODWARD complimente l'auteur sur ses résultats. Il ne croit pas que la trachéotomie offre tant d'inconvénients qu'on le prétend, et personnellement il préférerait une trachéotomie préliminaire en cas d'intervention buccale sanglante.

R. C. MYLES rapporte qu'il a communiqué, quelques années auparavant, un cas d'opération de fente palatine pratiquée heureusement chez un jeune homme d'une vingtaine d'années, après anesthésie cocaïnique ; l'élocution s'améliora énormément.

Mc KERNON dit qu'avant d'employer son procédé actuel, il faisait une opération en deux temps qui lui donnait de moins bons résultats. Il ne conseille la trachéotomie préventive que lorsqu'il existe une fissure de la voûte et du voile du palais ; mais, en tout cas, dans les cas où il l'applique, il considère cette intervention comme inoffensive.

Séance du 22 novembre 1899 ⁽¹⁾.

Président : R. C. MYLES

1. J. E. NEWCOMB. — **Kyste osseux du cornet moyen et polype.** — Malade ayant subi, trois ans auparavant, l'ablation de polypes du nez et s'étant trouvé bien jusqu'en février dernier, époque à laquelle il vint consulter pour une obstruction de la narine droite due vraisemblablement à des polypes muqueux. L'ablation à l'anse froide procura une sensation de bruit osseux et on reconnut l'existence d'un kyste osseux primitif.

Relativement à l'origine de ces kystes osseux, l'auteur adopte la théorie de Macdonald, suivant laquelle ils seraient provoqués par une périostite ostéophytique.

Discussion.

T. J. HARRIS a opéré, l'an passé, un cas du même genre ; au premier moment il crut à une affection des cellules ethmoïdales.

⁽¹⁾ D'après *The Laryngoscope*, janvier 1900.

En examinant la fosse nasale gauche, on découvrit une masse ressemblant à une tumeur maligne, mais quand on introduisit l'anse froide on vit qu'on avait affaire à un énorme kyste osseux, mesurant trois quarts de pouce de long, que l'on excisa. Depuis l'opération, H. s'est aperçu que le malade était atteint d'un empyème latent du sinus frontal. Intervention ultérieure par la voie externe, suivie de guérison.

L'examen histologique d'un fragment du kyste osseux a été pratiqué par Wright.

2. T. P. BERENS. — **Tuberculose laryngée guérie.** — M. G., âgé de 32 ans, vint trouver l'auteur, le 14 mai 1896, pour un enrouement progressif remontant à deux ou trois mois. A l'examen on remarque la pâleur extrême du larynx, et sur la corde gauche un œdème prononcé, d'origine ventriculaire, ayant l'apparence d'une éversion du ventricule. Ulcération de la surface supérieure de la tuméfaction. Les deux cordes sont rouges, épaissies, et leurs angles ulcérés. Gonflement bilatéral des aryténoïdes. Nombreuses veines hypertrophiées à la base de la langue, et tuméfaction de l'amygdale linguale avec masse caséuse au centre. Matité à la percussion. Bacilles tuberculeux dans les crachats. Traitement interne par l'absorption de toniques et d'une grande quantité de lait. La tumeur laryngienne fut injectée avec de la créosote par le procédé de Chapell et on injecta quotidiennement le larynx avec de l'iodoforme et de l'éther. Cicatrisation rapide des ulcérations, après la quatrième injection de créosote, c'est-à-dire en quatre semaines, la tumeur se réduisit tellement qu'on suspendit les injections. En juillet, la tumeur et les ulcérations avaient disparu, mais la rougeur et l'épaississement des cordes persistaient. Le malade toussait et crachait moins, mais les bacilles tuberculeux subsistaient. Au printemps de 1897 on vit apparaître une petite ulcération dans l'espace inter-aryténoïdien, qui fut traitée par le mono-orthochlorophénol et guérit en six semaines. Les troubles laryngés sont enrayés, il reste seulement un léger degré de matité. Depuis qu'il est malade, G. a peu quitté New-York, et n'a pas abandonné un seul jour sa profession de dentiste.

Discussion.

W. K. SIMPSON trouve ce résultat remarquable.

F. J. QUINLAN avait espéré présenter un malade soigné cinq ans auparavant pour une ulcération aryténoïdienne guérie par un sé-

jour prolongé à Adirondacks. Le malade jouit à présent d'une parfaite santé, il peut parler et même chanter.

W. FREUDENTHAL a traité un malade pour une ulcération épiglottique étendue. L'intérieur du larynx était indemne. Bien qu'il vécut dans de mauvaises conditions hygiéniques, se nourrissant mal et travaillant avec acharnement à son métier de tailleur, le malade guérit totalement de la lésion locale, mais l'affection pulmonaire a progressé.

W. K. SIMPSON fait observer que ce dernier cas était plus localisé et différait absolument d'une altération de l'intérieur du larynx.

MYLES raconte qu'il y a quatre ans, il fut consulté par un individu ayant déjà vu beaucoup de médecins sans obtenir de diagnostic précis. Il existait une infiltration des bandes ventriculaires et les crachats renfermaient de nombreux bacilles tuberculeux. On avait conseillé au malade le séjour de New-Mexico, mais il avait préféré se faire soigner à New-York et se trouvait très bien.

M. a également vu 2 cas de tuberculose primitive de l'épiglotte accompagnée de lésions pulmonaires. Dans l'un, il excisa l'épiglotte, puis recommanda une cure à New-Mexico. Ces malades avaient été soignés par des confrères qui avaient fait une erreur de diagnostic dans un cas, vu l'absence de bacilles tuberculeux à l'examen bactériologique des crachats, tandis qu'on en rencontra une quantité dans des coupes de l'épiglotte. M. préconise l'ablation de l'épiglotte sitôt qu'on aura reconnu le caractère tuberculeux de la lésion.

3. WRIGHT montre une **tréphine nasale** mue par un moteur électrique relié au courant urbain. Après avoir été sorti du nez du malade, l'instrument vint en contact avec un tuyau d'eau. Un court circuit se produisit, et le courant entraîna la formation d'un trou dans l'acier. Evidemment si, ayant l'instrument dans le nez, le malade avait déterminé un contact, ce qui peut arriver facilement par un mouvement brusque, toute la force du courant urbain aurait traversé son tissu nasal et provoqué ainsi des effets désastreux. Cet incident démontre la nécessité d'isoler le manche flexible reliant la tréphine au moteur, modification qui a été réalisée par le fabricant sur le conseil de Wright.

4. MYLES. — **Lésion de la face antérieure de la gencive.** — L'auteur présente un homme né en 1841, qui, au printemps de 1896, alla consulter le meilleur dentiste de l'endroit qu'il habitait

pour faire soigner une lésion de la face antérieure de la gencive sise exactement à la place où les deux dernières molaires font issue du maxillaire supérieur droit. Le dentiste fut informé que la lésion remontait à deux mois au moins. Après examen, le praticien conclut à une origine nerveuse et excisa les dents ; comme aucun soulagement ne se produisit, il émit l'idée qu'un fragment osseux dû à une fracture alvéolaire était resté enclavé dans le tissu, et il chercha à l'extraire, mais il ne trouva rien. Au bout d'un mois, le malade quitta son dentiste et alla voir un spécialiste (A) pour les affections des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge, qui déclara que la maladie était bénigne et avait pour origine une diathèse d'acide urique. Localement, il appliqua pendant un an des solutions de nitrate d'argent diversement titrées, mais sans succès ; de plus, on vit apparaître une altération de la membrane buccale. En mai 1897, le malade consulta un éminent chirurgien de Philadelphie (B) qui, tout en suspectant la bénignité de la lésion, conseilla l'intervention vu l'échec des autres traitements.

L'opération, pratiquée le lendemain, ne réussit pas, et en l'espace d'une année le néoplasme s'étendit sur la gencive et la muqueuse palatine. Le malade ayant eu la syphilis quarante ans avant la manifestation buccale, on le soumit à la cure spécifique, consistant en une combinaison de mercure et d'iodure pendant deux ans au moins, puis il prit de l'iodure à la dose de 75 grains, trois fois par jour, et du citrate de lithium à la dose de 10 grains, également trois fois par jour. Ce traitement n'entraîna aucune amélioration apparente. Se trouvant à Denver en juin 1897, pendant la session annuelle de l'Association des Médecins américains, le malade consulta plusieurs confrères. C., de Cincinnati, conclut à une affection ressemblant à l'occidium albicans ; D., de Philadelphie, avoua n'avoir jamais rencontré de lésion similaire ; E., de Californie, dermatologiste, pencha pour l'ichthyose ; F., de Denver, et G., de Philadelphie, exerçant la même spécialité, déclarèrent, le premier qu'il ignorait ce dont il s'agissait, et le second, qu'on avait affaire à une leucoplasie buccale, et indiqua un traitement, sans s'inquiéter des antécédents du malade.

Au cours de l'automne 1898, aucun soulagement n'étant survenu, A. proposa la galvano-caustique qui n'apporta pas d'amélioration.

En mai 1899, le malade se rendit à New-York et vit H., chirurgien, qui admit l'origine nerveuse de la lésion, après un examen approfondi ; puis il alla trouver divers dermatologistes : 1.

conclut à un *lupus érythémateux* ; J. ne trouva rien d'autre que la leucoplasie ; K. émit l'hypothèse d'une maladie de Rigg ; L. songea également au *lupus érythémateux* ; M. crut à des troubles digestifs, et N. à un *épithélioma* à la suite d'un examen microscopique.

A son retour chez lui, au mois de mai, le malade s'arrêta à Cincinnati, et appela un dermatologiste, O., qui admit l'existence d'un *lupus vulgaire*.

En novembre 1899, le malade revint à New-York, mais il ne put encore obtenir un diagnostic précis. H., I., K. et M. maintinrent leurs opinions primitives. L. ne fut pas revu, et N., par un nouvel examen bactériologique, conclut à un lichen plan.

Le malade alla encore consulter d'autres dermatologistes : O. trouva que l'affection ressemblait plutôt au *lupus érythémateux* qu'à toute autre chose ; P. n'admit nulle analogie avec le *lupus érythémateux* ou l'*épithéliome*, et il pencha pour un *ostéo-sarcome* ; Q. dit qu'il ne s'agissait ni de syphilis ni de *lupus érythémateux*, mais qu'il n'émettrait aucun avis sans examen microscopique préalable.

R. pensa être en présence d'accidents spécifiques, mais des examens répétés lui démontrèrent l'inanité de cette hypothèse.

Un rhino-laryngologiste, S., se prononça pour l'origine nerveuse, opinion partagée par T., neurologiste.

Discussion.

B. DOUGLAS, après examen, demeure hésitant entre la névrose et le *lupus* : il faudrait, pour assurer le diagnostic, faire l'examen bactériologique. Peut-être trouverait-on des tubercules, toutefois l'auteur croit fermement à la bénignité de la lésion.

Le malade montre alors une note qu'il vient de recevoir, où l'anatomo-pathologiste déclare qu'il lui est impossible de classer son affection. Toutefois, il ne s'agit ni d'*épithélioma*, ni d'altération nerveuse, ni de syphilis.

W. K. SIMPSON a observé un cas du même genre. La lésion siégeait sur la face externe de la gencive, la joue et la voûte palatine. Au bout de trois ou quatre ans, les glandes sous-maxillaires s'hypertrophiaient, et, après excision, on reconnut leur caractère *épithéliomateux*. Le malade succomba ultérieurement à un *épithélioma*.

C. G. COAKLEY. — Il serait intéressant de savoir si l'autre était attaqué.

5. MYLES a vu un malade chez lequel la lésion était engendrée par des troubles trophiques nerveux qui ont guéri.

B. DOUGLASS. — *Etude sur l'application de la galvano-caustique nasale.* — Actuellement, le cautère électrique est en défaveur parmi les spécialistes et l'auteur attribue ce fait à des erreurs de diagnostic et à l'abus de ce mode de traitement. La tuméfaction et la rougeur observées si souvent après les cautérisations ne sont pas dues à une inflammation, mais à la congestion ou à l'œdème. Il est certain que l'électrode ordinaire ne détruit pas entièrement les tissus et peut facilement engendrer des accidents septiques. On évitera de cautériser la région nasale supérieure, le plancher du nez, la région ethmoïdale, la paroi nasale externe et le cornet moyen, à part ses extrémités antérieure et postérieure. Etant donné l'œdème qu'elle provoque, la cautérisation ne sera appliquée ni à la luette, ni aux piliers, ni à la région aryténoïdienne, ni au repli glosso-épiglottique. Le cautère rend de grands services dans certains cas, mais à condition d'être manié par des opérateurs expérimentés. En général, on l'appliquera aux surfaces molles et contre les congestions chroniques plutôt que pour les hypertrophies et les polypes. Dans ce dernier cas, on échoue toujours lorsqu'on ne détruit pas le périoste pour empêcher la récurrence. Jamais on ne se servira du cautère dans les cas de tumeurs malignes.

D. a montré, il y a une douzaine d'années, la manière d'utiliser le courant dynamique à la place des batteries, pour les interventions nasales ; il emploie toujours le même procédé. Mais, vu les dangers de son application, il réserve la cautérisation aux confrères experts en la matière, et regrette qu'on laisse des instruments aussi dangereux entre les mains de praticiens ignorants.

Discussion.

BERENS corrobore l'opinion de D. au sujet de l'abus du cautère. Il est d'avis qu'il faut éviter de l'employer à la base de la langue, où il provoque des cicatrices douloureuses, ou dans les cas de petits kystes muqueux. Pour l'amygdalotomie, il préfère le couteau.

T. J. HARRIS ne partage pas l'avis des précédents orateurs et se loue de l'emploi du galvano-cautère, dont il convient toutefois qu'on a abusé.

QUINLAN croit avoir été le premier, à New-York, à rapporter un décès dû à la cautérisation électrique des cornets moyens. Bien

que la cautérisation eût été très légère, le malade succomba au bout de soixante-douze heures à une méningite bacillaire. Lennox Browne et Ziem ont aussi relaté des accidents. Q. trouve qu'on a raison de décrier la généralisation de la galvano-caustique nasale. La réaction est très forte et peut se propager à la fosse crânienne. La cautérisation de la base de la langue donne lieu à des adhérences et aggrave l'état du malade.

SIMPSON demande si les acides ne provoquent pas les mêmes inconvénients.

QUINLAN répond négativement.

H. CURTIS s'est déjà élevé avec vigueur contre l'application du galvano-cautère sur la cloison cartilagineuse ; il ne l'emploie que dans les cas d'hypertrophie du cornet inférieur. Jamais il n'a eu d'accidents en se servant de l'acide monochloro-acétique.

FREUDENTHAL ne dénie pas les mauvais effets du cautère, même en prenant toutes les précautions imaginables, aussi n'y a-t-il recours qu'exceptionnellement.

MYLES recommande la prudence pour la cautérisation du cornet moyen, mais ce procédé réussit très bien sur le cornet inférieur. Tout dépend de la construction de l'électrode et de la manière de s'en servir. Il emploie un électrode très petit et l'extrait surrénal combiné à la cocaïne. La contraction provoquée par l'extrait surrénal permet une grande élévation de température sans risque d'hémorragie. Jamais M. ne prend le couteau électro-caustique pour sectionner la queue du cornet inférieur, il préfère l'anse électrique ou l'anse froide.

Séance du 27 décembre 1899 (1).

Président : R. C. MYLES

1. J. A. KENEFICK. — **Intubation répétée pour une sténose laryngée persistante.** — Enfant de couleur, âgé de 2 ans et demi, reçu à l'hôpital en juin 1899, pour une diphthérie laryngienne reconnue à l'examen bactériologique. Le malade avait été tubé antérieurement, mais la dyspnée avait reparu après le retrait du tube ; en tout, on avait fait trente séances d'intubation et dans les deux derniers mois on employa des tubes de fort calibre. Le 19 décembre la voix était redevenue normale.

(1) D'après *The Laryngoscope*, février 1900.

2. T. J. HARRIS. — **Adénome nasal. Opération.** — Femme de 32 ans, qui vint consulter l'auteur pour une sténose nasale complète, après avoir subi des extractions successives de polypes. Le nez était obstrué par une tumeur remplissant les deux narines et saignant lorsqu'on la touchait avec la sonde. A l'examen histologique d'un fragment de tissu, le Dr Brooks reconnut un adénome d'apparence plus ou moins maligne et Harris pratiqua l'opération de Beckel. Il découvrit que la tumeur s'étendait vers les cellules ethmoidales et les sinus sphénoïdaux et maxillaires des deux côtés. Pas d'altération visible des sinus frontaux. La malade quitta l'hôpital au bout de huit jours. La tumeur ayant envahi la cloison et les sinus, il fallut aussi sacrifier la cloison, l'hémorragie fut arrêtée par un tampon de gaze. Réunion de la plaie par première intention. Le fond de l'œil était normal. Harris a observé trois autres cas d'adénome nasal, dont un chez un homme de 60 ans. Le second malade fut perdu de vue et, dans le dernier cas, on compta trois récidives; les opérations avaient été effectuées par la voie intra-nasale, et un laps de temps de six à huit mois s'écoulait entre les récidives.

3. W. FREUDENTHAL. — **Ulcérations diabétiques de la gorge.** — F. distingue deux sortes d'ulcérations : malignes et bénignes. La première observation concerne une femme de 45 ans, diabétique depuis neuf ans. Déglutition pénible; à l'examen on voit une large ulcération, débutant sur le côté gauche de la luette et gagnant les piliers. On trouve une ulcération de dimension plus réduite sur la portion antérieure de l'amygdale gauche et le pilier antérieur. L'aspect général est celui d'une ulcération tuberculeuse, mais il n'existe nulle trace de phtisie. Le traitement par l'acide lactique échoua. Quelques jours avant la mort, due à l'inanition, une autre ulcération se développa du côté droit.

obs. II. — Femme de 58 ans, affectée d'une ulcération de la moitié gauche de la langue, correspondant avec un ulcère de la muqueuse de la joue. Là aussi, l'acide lactique demeura inefficace. Diabétique depuis deux ans, la malade succomba au bout de cinq mois.

obs. III. — Ulcération bénigne chez un vieillard de 70 ans, très faible et difficile à examiner. Ulcère profond de la surface laryngienne de l'épiglotte, attaquant aussi l'espace interaryténoïdien. Des applications quotidiennes d'orthoforme réussirent, bien que la famille fut opposée à tout traitement, vu la faiblesse du malade. L'auteur préconise un nettoyage soigneux avant d'appliquer

l'orthoforme qu'on injectera seulement après cocainisation. On évitera d'en injecter une trop grande quantité qui, tombant dans la trachée, provoquerait la toux. L'émulsion est composée de 1 à 10 % de menthol dans de l'huile d'amandes douces, de jaune d'œuf, d'orthoforme à 12 % et d'eau distillée. Le malade a été considérablement amélioré. Au bout de trois mois, les érosions ne dépassèrent pas la surface et le voile palatin était moins œdématié. Petit à petit le malade se rétablit complètement.

OBS. IV. — Médecin de 39 ans, porteur d'une ulcération tonsillaire qui disparut après quelques jours de traitement. Une quinzaine auparavant, son diabète l'avait fait refuser par une compagnie d'assurances sur la vie. Le diabète céda également en six mois.

OBS. V. — Femme de 41 ans, atteinte de laryngite et d'ulcération superficielle du cartilage aryénoïde gauche d'origine diabétique.

4. W. H. BATES. — **Emploi de l'extrait surrénal dans les affections nasales.** — L'auteur dit que moins d'une minute après l'application de ce remède, on voit la muqueuse blanchir ; de plus, il offre l'avantage de n'être pas toxique. B. l'a employé dans plus de 15 000 cas. La solution aqueuse doit toujours être récemment préparée. Les solutions stérilisées peuvent se conserver plus de six mois à l'abri du jour. L'addition de cocaïne rend le médicament moins actif. On a isolé le principe actif de l'extrait surrénal et on a reconnu qu'il s'agissait d'un alcaloïde. Ce traitement est très efficace dans les cas d'ulcérations ; il réussit aussi dans les rhinites aiguës et la fièvre des foins.

Discussion.

T. P. BERENS s'est servi de l'extrait surrénal pour la petite chirurgie nasale. Il prépare l'extrait en mélangeant une solution de cocaïne à 10 % avec une partie de glande sèche ; il emploie le remède après vingt minutes d'ébullition. Ce moyen permet d'éviter les hémorrhagies. Les malades peuvent aussi insuffler de la poudre par le nez.

T. R. CHAMBERS a vu une hémorrhagie abondante après l'emploi d'extrait surrénal, dans un cas de rhinite hypertrophique.

E. MAYER a observé plusieurs hémorrhagies graves à la suite de l'emploi d'extrait surrénal dont il se sert surtout pour les opérations pratiquées avec le tour électrique. Il a l'habitude d'employer

de l'extrait aqueux préparé le jour même et additionné d'acide borique. L'auteur recommande d'éviter l'usage de l'extrait surrénal dans l'ablation des végétations adénoïdes, afin de ne pas s'exposer à des désastres.

R. C. MYLES a été toujours satisfait de l'extrait pulvérisé qui agit promptement.

Séance du 24 janvier 1900 (1).

Président : W. C. PHILLIPS

1. J. F. Mc KERNON montre un insufflateur facile à nettoyer et dont le couvercle ne peut être projeté au loin par la pression de l'air.

2. M. D. LEDERMAN. — **Adénome thyroïdien capillaire avec dégénérescence capillaire causant des accidents laryngés.** — Homme de 46 ans, chanteur à la synagogue. Un jour, en rentrant chez lui, il remarqua que le côté gauche de son cou était gonflé. Il consulta le Prof. Fraenkel, de Berlin, qui examina le larynx avec un résultat négatif, et ne tenta aucune opération, craignant de léser le nerf laryngien. Le Dr Kirstein vit le malade et diagnostiqua un goitre kystique ; on retira du liquide, mais on en vit bientôt reparaitre. Consulté il y a deux ans, Lederman constata une tuméfaction localisée de la glande thyroïde ; le malade était enrôlé, mais il ne souffrait pas et avalait sans difficulté. La corde vocale gauche était dans la position cadavérique. Médication laryngée astringente et absorption interne de strychnine. Au bout de six mois la corde gauche avait perdu toute motilité. Le gonflement externe augmentant, un chirurgien conseilla des injections iodées qui furent suivies d'un œdème du repli aryéno-épiglottique. Peu après, l'opération fut pratiquée par le Dr Gerster. Ultérieurement on observa la présence d'une ulcération et d'une masse fongoi-de sur le tiers postérieur de la corde gauche. A l'hôpital on avait diagnostiqué un adénome papillaire malin avec dégénérescence carcinomateuse. Actuellement, l'état général du malade est bon, bien que la tumeur ait progressé du côté du pharynx inférieur.

(1) D'après *The Laryngoscope*, mars 1900.

3. J. F. Mc KERNON. — **Epithélioma du larynx avec symptômes œsophagiens précoces.** — Femme de 57 ans, vue pour la première fois le 7 décembre 1899, et atteinte depuis deux mois d'une raucité prononcée et d'une toux presque continue, suivie d'expectoration muco-sanguine. Le 12 décembre, elle éprouva de la gêne à la déglutition, et ne put même plus avaler une cuiller à café d'eau. A l'examen du larynx on reconnut une tuméfaction prononcée des aryténoïdes, la commissure était couverte de mucus glaireux, à gauche on voyait une ulcération d'un quart de pouce de diamètre et une infiltration œsophagienne s'ouvrant dans le pharynx inférieur. L'examen bactériologique décéla un épithélioma laryngien.

4. F. J. QUINLAN. — **Effet destructif de la syphilis héréditaire.** — Le malade, âgé de 40 ans, jouit d'une bonne santé jusqu'à 18 ou 20 ans, mais brusquement il eut mal à la gorge et cracha des fragments osseux. Peu après il fut pris de toux spasmodique et d'un collapsus nasal complet. Ensuite il se maria et eut un chancre; il était atteint de destruction de la cloison osseuse et cartilagineuse, avec plusieurs perforations du voile palatin et adhérences cicatricielles du repli inférieur à la paroi pharyngée.

5. C. H. KNIGHT. — **Epithélioma du larynx. Trachéotomie préliminaire.** — Trachéotomie pratiquée dans le but d'extirper ultérieurement le larynx; mais depuis l'ouverture de la trachée, le malade respire si facilement qu'il a refusé de se soumettre à une nouvelle intervention, toutefois le néoplasme progresse toujours.

6. C. H. KNIGHT. — **Ulcération de la surface interne de la joue et du processus alvéolaire.** — Accidents observés chez un malade ayant contracté la syphilis trente-cinq ans auparavant, et ayant absorbé, au cours des dernières semaines, des doses modérées de mercure et d'iodure. L'intérêt consisterait à savoir si la lésion est maligne et s'il s'agit d'une gomme ulcérée ou d'une stomatite mercurielle. Le développement rapide de l'ulcération et l'examen microscopique négatif excluraient la première hypothèse, la seconde théorie est plus admissible, étant donné que les tissus ont été atteints au cours du traitement spécifique.

7. J. E. NEWCOMB. — **Infiltration de la corde vocale gauche.** — Homme de 40 ans, ayant souffert il y a 8 ans d'un enrouement passager. En juin 1899, la raucité reparut après un refroidissement. Pas de symptômes pulmonaires. Dans le larynx on re-

marque une infiltration de la corde vocale gauche qui a de la peine à se rapprocher de sa congénère. Le 22 décembre on s'aperçut que l'infiltration de la corde vocale avait augmenté et qu'il existait un œdème aryénoïdien correspondant. N. hésite sur la nature du mal.

8. MEIERHOFF. — **Tuméfaction de l'amygdale linguale droite.** — Professeur de chant, souffrant de la gorge et d'une légère otorrhée droite, que l'auteur vit pour la première fois en 1896 ; il le perdit de vue pendant quatre ou cinq mois, puis le retrouva ayant de la peine à avaler et porteur d'une ulcération remplaçant le gonflement préexistant. Il entra dans le service hospitalier du Dr Gerster et l'ulcération guérit en une année. Il y a trois semaines, il repartut, porteur d'une tuméfaction de l'amygdale linguale gauche analogue à celle qu'on avait observée du côté droit. A un nouvel examen on reconnut que l'ulcération primitive récidivait.

Discussion.

W. K. SIMPSON dit que la tumeur du malade de Mc Kernon est certainement extra-laryngienne et que, vu l'échec de la médication iodurée, on ne peut douter de sa malignité. Ce cas semble inopérable.

W. C. PHILLIPS partage l'opinion de Simpson.

J. WRIGHT est d'avis que presque toutes les tumeurs de la paroi postérieure sont d'origine œsophagienne. Les affections malignes du larynx sont bien plus rares chez les femmes que chez les hommes.

SIMPSON a observé 2 cas où les accidents étaient surtout laryngiens et à l'opération on trouva l'œsophage et le larynx tellement envahis, qu'il fallut suspendre l'intervention. Un de ces malades a été soigné par Quinlan.

F. J. QUINLAN soigna quatre femmes atteintes de lésions malignes de la paroi laryngée postérieure ; la plus jeune avait 49 ans et l'âge des autres oscillait entre 40 et 60 ans.

A. B. DUEL, à propos des malades de Knight, dit que le premier cas aurait été idéal pour effectuer la laryngectomie en même temps que la trachéotomie préliminaire. Quant au second malade, il n'a pas été suivi pendant assez longtemps pour qu'on sache s'il s'agit de syphilis, de cancer, ou peut-être de mercurialisation.

J. WRIGHT trouve qu'il y avait urgence à trachéotomiser, mais en général la trachéotomie préliminaire est une source d'ennuis.

Il préfère séparer complètement la trachée et le larynx de la paroi postérieure. La trachéotomie entraîne plus de risques, vu l'obscurcissement du champ opératoire par l'engorgement produit par le sang veineux dans les vaisseaux. W. croit que le second malade est atteint de ptyalisme.

LEDERMAN dit que l'infiltration de la langue du malade ressemble singulièrement à la spécificité.

DUEL répond qu'il a été soumis au traitement pendant près de six mois, à la suite d'accidents de paralysie ; il a absorbé une grande quantité de mercure.

LEDERMAN a vu l'an dernier le malade de Meierhoff qui, à cette époque, était affecté d'une ulcération très nette ; s'il avait été tuberculeux, l'affection aurait progressé.

W. FREUDENTHAL a examiné, il y a sept ans, le malade de Newcomb qui était atteint de bronchite et de laryngite aiguë qui disparurent promptement en ne laissant subsister qu'un œdème. Il n'y a pas plus de raison d'admettre la syphilis que la tuberculose. Il a vu un malade de 32 ans chez lequel on observa une transformation pachydermique ; tous les laryngologistes viennois et berlinois consultés, conclurent à la pachydermie.

QUINLAN soigna, il y a deux mois, un malade du même genre. Pas de bacilles dans les crachats. Toutefois, sous l'influence du traitement mixte, la tuméfaction latérale de la bande ventriculaire régressa totalement. En cas de gonflement on administrera toujours de l'iodure de potassium.

NEWCOMB. — Mon malade n'a pas été traité systématiquement, il n'y avait pas de bacilles dans ses crachats, et il n'avait eu qu'une légère hémorrhagie. Il prend de l'iodure pour la première fois.

9. O. B. DOUGLAS. — **Le passé et le présent de la laryngologie.** — Le premier laryngologiste de New-York fut Elsberg qui, en 1861, ouvrit une Clinique et fit des cours. Actuellement, on s'occupe des maladies de la gorge et du nez dans environ quatre-vingts institutions de New-York. Au point de vue de la discussion, l'auteur dit qu'il faut surtout envisager les questions suivantes.

1^o Quels sont les meilleurs modes de traitement des affections du nez et de la gorge ?

2^o A quoi attribuez-vous le succès de ces médications ?

2^o Quels sont les moyens d'examen qui fournissent les meilleurs résultats ?

D. dit que les cliniques américaines sont parfaitement organisées et que toutes ont des lits pour les opérés tandis qu'à l'étran-

ger ce sont les chirurgiens généraux qui pratiquent les grandes interventions naso-laryngiennes ainsi que l'auteur s'en est convaincu l'été dernier à Vienne. L'Amérique a toujours été au premier rang au point de vue rhinologique; sauf pour les sinusites, elle n'a jamais été dépassée. Aux questions qu'il a posées, D. répond qu'il a obtenu les plus grands succès dans la cure de l'obstruction nasale. Les affections qui causent le plus de désagrément aux médecins sont les écoulements.

10. — W. K. SIMPSON. — **Importance du diagnostic précoce et du traitement des affections laryngées malignes.** — Homme de 44 ans, vu pour la première fois le 22 septembre 1896, pour un enrrouement progressif remontant à deux ou trois semaines.

Discussion.

W. C. PHILLIPS rappelle qu'il y a deux ans il présenta à ses collègues un cas ressemblant à un papillome de la corde vocale, mais à l'examen microscopique on reconnut un épithélioma. Le malade fut opéré et guérit parfaitement. Avec une seule corde vocale il s'exprime assez distinctement pour être entendu dans une pièce de moyenne grandeur.

C. H. KNIGHT dit qu'en présence d'une lésion unilatérale du larynx chez un malade ayant dépassé l'âge moyen et enroué, il faut songer à une affection maligne. La dyspnée, la dysphagie, la douleur, l'hémorrhagie, l'infiltration glandulaire ne surviennent que plus tard. K. a vu, l'an dernier, un cas d'épithélioma confirmé par l'examen microscopique. La trachéotomie procura un tel soulagement que le malade quitta l'hôpital sans vouloir subir l'intervention radicale. Récemment, la canule a été enlevée et la voix s'est beaucoup améliorée, il n'existe aucun symptôme de malignité. K. est toujours opposé à la laryngectomie totale. Quand l'affection a progressé au point de nécessiter l'opération radicale, il n'y a plus d'espoir. Les risques opératoires et les chances de récidive sont plus redoutables que l'expansion de la maladie. Dans les cas de lésion circonscrite, l'auteur est partisan de la laryngo-fissure. On ne négligera pas non plus la chirurgie endo-laryngée préconisée par B. Fraenkel.

WRIGHT a diagnostiqué un papillome bénin chez le malade de Simpson. Quand on traite l'affection au début on obtient des résultats encourageants. Quant à la laryngectomie totale, W. est d'avis qu'il faut l'effectuer lorsque la lésion est strictement limitée

au larynx. Bien que les statistiques soient mauvaises, c'est encore le seul moyen de prolonger l'existence et d'atténuer les souffrances des malades.

W. K. SIMPSON dit qu'on réussira toujours si l'on reconnaît la maladie au début ; il est absolument opposé à l'ablation totale du larynx ; il a vu pratiquer quatre interventions dans ce genre dans un laps de temps relativement court, et tous les malades, bien qu'opérés par d'habiles chirurgiens, succombèrent à des pneumonies.

Séance du 28 février 1900 (1) :

Président : W. C. PHILLIPS

1. J. A. KENEFICK. — **Paralysie de la corde vocale gauche.** — Lésion observée chez un malade ayant contracté la syphilis vingt-cinq ans auparavant et éprouvant de la difficulté à avaler. On diagnostiqua un anévrysme aortique comprimant le nerf récurrent.

2. T. R. CHAMBERS. — **Angiome du pilier postérieur.** — Garçon de 16 ans qui, à la suite d'un accident, eut mal à la gorge et éprouva de la gêne à la déglutition. A l'examen on découvrit une tumeur bleuâtre, sur la face antérieure d'un des piliers postérieurs, qu'on définît comme un angiome. On proposa l'ablation de la tumeur à l'anse chaude sous le chloroforme qui s'effectuera très aisément étant donné la structure de ce genre de tumeur.

Discussion.

W. C. PHILLIPS a relaté, il y a huit ou dix ans, une observation d'angiome volumineux de la luette survenu après l'absorption d'aconit. L'excision galvano-caustique ne détermina presque pas d'hémorrhagie. Guérison parfaite sans récurrence.

J. WRIGHT dit que ces tumeurs siègent rarement à cette place ; il en a vu une à la base de la langue, enfoncée dans une masse de tissu lymphoïde, et qui n'augmenta pas de volume durant trois ou quatre ans qu'il suivit la malade. On ne songea pas à l'extirpation, vu l'absence d'accidents.

(1) D'après le *Laryngoscope*, avril 1900.

M. D. LEDERMAN a soigné une femme de 35 ans, affectée d'enrouement et chez laquelle on trouva une tumeur rougeâtre, sur le tiers antérieur de la corde vocale gauche, qu'on enleva avec une pince laryngienne ordinaire après cocaïnisation. Macroscopiquement on en reconnut le caractère angiomateux.

J. F. Mc KERNON a opéré, il y a dix-huit mois, un angiome nasopharyngien, situé derrière le voile palatin, à gauche de la ligne médiane. Des tentatives d'extraction avec le serre-nœud galvanique réussirent, mais entraînèrent une hémorrhagie ; il fallut suturer le voile palatin avec des fils d'acier.

3. F. J. QUINLAN. — **Papillome de la corde vocale.** — Femme de 45 ans, chez laquelle l'auteur découvrit une tumeur n'occasionnant ni infiltration glandulaire, ni douleur, ni hémorrhagie ; la raucité remontait à six mois. Sauf la coloration, la tumeur qui occupait les deux tiers antérieurs de la corde droite avait l'apparence d'un papillome.

4. F. J. QUINLAN. — **Hémorrhagie grave consécutive à l'amygdalotomie.** — Chez un malade hospitalisé, au bout de deux ou trois heures survint brusquement une hémorrhagie abondante, résistante à tous les moyens employés pour l'enrayer. Il fallut pratiquer une injection saline. L'hémorrhagie se produisit tandis que le malade était couché.

Discussion.

LEDERMAN se souvient d'avoir excisé au galvano-cautère une amygdale énorme ; cinq jours après l'opération, à la suite de l'ingestion d'un morceau de gâteau, il se produisit une hémorrhagie telle qu'on dut quérir d'urgence un médecin. L'hémorrhagie s'arrêta sous l'influence de la cocaïne, mais elle récidiva et dut être enrayerée par l'application d'une solution d'alun et de la glace. De gros caillots sanguins s'étaient formés, on les retira soigneusement, sans entraîner d'hémorrhagie secondaire.

5. F. E. HOPKINS. — **Hémorrhagie secondaire à l'emploi d'extraît surrénal dans la chirurgie intra-nasale.** — Jeune femme ayant subi l'ablation d'une exostose de la cloison sous anesthésie combinée de cocaïne et d'extraît surrénal ; hémorrhagie au bout de trois heures.

Certains malades présentent une idiosyncrasie spéciale et ont

de violents coryzas après l'application d'extrait surrénal sur la muqueuse. Malgré ces inconvénients, l'auteur se déclare très satisfait de l'emploi de ce remède.

Discussion.

J. WRIGHT a toujours cru que la contraction vasculaire profonde résultant de la pénétration de l'extrait dans les fosses nasales favorisait un relâchement et, par conséquent, une hémorrhagie, aussi se borne-t-il à déposer avec une sonde humide de la poudre sur le champ opératoire.

W. H. BATES dit qu'un physiologiste ayant étudié les propriétés de l'extrait surrénal, le Dr Cleghorn, de Hartford, lui a écrit récemment qu'il croyait que l'action de l'extrait s'exerçait sur le muscle directement et non sur le nerf. Ce savant a découvert que l'extrait surrénal était le meilleur agent pour stimuler l'action du cœur.

LEDERMAN raconte qu'il a essayé, sur un confrère, de guérir un coryza aigu par l'insufflation d'extrait finement pulvérisé. Des étternuements survinrent et durèrent toute la nuit en même temps qu'un écoulement aqueux du nez et une élévation de température. L'extrait soluble n'avait pas entraîné les mêmes inconvénients.

E. MAYER, vu le danger des hémorrhagies secondaires, n'est pas partisan d'employer l'extrait surrénal dans les opérations de végétations adénoïdes et les amygdalotomies ; mais il rend service pour les interventions nasales dans lesquelles il est plus facile d'arrêter les hémorrhagies.

W. K. SIMPSON a été satisfait de l'emploi de l'extrait surrénal dans les opérations d'adénoïdes.

C. G. COAKLEY n'a pas vu plus d'hémorrhagies secondaires depuis qu'il se sert de l'extrait surrénal. Pour empêcher la décomposition, C. fait dissoudre l'extrait dans une solution de résorcine à 1 % qui assure sa conservation pendant plusieurs mois. Si l'extrait surrénal pouvait être porté directement au contact de la surface saignante, il arrêterait l'hémorrhagie.

QUINLAN rapporte des expériences récentes. On enraya rapidement avec l'extrait surrénal une hémorrhagie survenue après l'ingestion d'un acide. L'auteur n'est pas partisan de l'introduction de tampons de gaze dans les fosses nasales où ils entretiennent l'irritation.

T. R. CHAMBERS a renoncé depuis trois ans au tamponnement na-

sal, et il n'a eu aucune hémorragie depuis qu'il emploie l'extrait surrénal.

MC KERNON n'a plus eu d'accidents depuis qu'il incorpore la solution d'extrait surrénal dans de l'eau tiède camphrée.

Séance du 28 mars 1900 ⁽¹⁾.

Président : W. C. PHILLIPS

1. C. G. COAKLEY présente un **appareil d'éclairage** modifié de façon à se stériliser rapidement. Le changement consiste à adapter à l'instrument un tube de verre qui fait saillie et empêche la souillure de la salive, ainsi qu'il permet de prolonger l'examen sans crainte de la chaleur.

2. F. H. BOSWORTH. — **Rhinite atrophique chronique.** — Au point de vue étiologique, B. soutient, depuis vingt ans, que cette affection est attribuable aux rhinites suppurées de l'enfance, qui, après avoir subsisté pendant cinq ou six ans, aboutissent à la formation de croûtes. On observe, parfois, des améliorations, mais jamais de guérison durable.

3. J. WRIGHT. — **Contributions récentes à l'étiologie et à la pathologie de la rhinite atrophique.** — Revue des travaux de A. Grossheintz, de Meisser et de Gerber, dont il a déjà été parlé dans ce recueil.

C. C. RICE traite la question de l'importance de distinguer le collapsus fonctionnel des tissus du nez de la rhinite atrophique.

4. T. R. FRENCH. — **Traitement hygiénique et général de la rhinite atrophique,** ayant surtout pour but de faire disparaître l'odeur, ou tout au moins de l'atténuer.

5. D. B. DELAVAN. — **Traitement mécanique de la rhinite atrophique,** comprenant l'introduction de tampons et de bougies, le curettage et les diverses applications de l'électricité.

C. H. KNIGHT s'occupe de la médication locale en particulier par le menthol, le formaldéhyde, l'ichthyol et le goménol.

⁽¹⁾ D'après *The laryngoscope*, mai 1900.

Discussion.

VAN ZANDT est d'avis que la rhinite atrophique se manifeste presque toujours dans l'enfance; sur 100 cas, il a trouvé vingt-cinq fois le bacille pseudo-diphthérique; il croit qu'en dehors de l'infection, il existe aussi un certain degré d'auto-intoxication.

COYLE est très satisfait des lavages antiseptiques du nez suivis d'insertion de tampons de gaze pendant vingt-quatre à vingt-six heures.

W. FREUDENTHAL, qui a vu un grand nombre de malades, pense que la sécheresse nasale est provoquée surtout par la sécheresse de l'atmosphère de nos appartements. Il faudrait toujours avoir 60 % d'humidité relative, ou tout au moins 40 %, tandis qu'actuellement nous n'en avons que 30 % et même parfois 15 %.

F. a employé, avec succès, le massage électrique dans certains cas de rhinite atrophique.

B. DOUGLAS a toujours considéré la rhinite atrophique comme une lésion constitutionnelle et souvent le résultat d'une intoxication interne. Comme thérapeutique, il préconise l'ichthyol en solution à 50 %.

R. C. MYLES trouve également que l'ichthyol constitue le meilleur remède; il l'incorpore à la dose de 15 à 25 % dans de la vaseline solidifiée.

M. D. LEDERMAN vante aussi l'action locale de l'ichthyol à laquelle il associe le traitement interne par l'iode.

MEIERHOF dit que cette affection se rencontre surtout chez les Slaves.

W. C. PHILLIPS se sert d'une solution d'ichthyol de 25 à 50 %.

WRIGHT fait remarquer que Celse conseillait déjà le tamponnement et le cautère contre la rhinite atrophique.

DEHAVAN a observé une diminution des cas de rhinite atrophique dans une certaine catégorie de malades; il est indubitable que cette maladie est très commune parmi les immigrants Slaves qui sont, pour la plupart, mal nourris et misérables.

Séance du 25 avril 1900 (1).

Président : W. C. PHILLIPS

1. W. C. PHILLIPS. — **Nouveau modèle de galvano-cautère actionnant le courant Edison sans l'aide d'un moteur.** — L'auteur dit qu'entre autres inconvénients, les transformateurs sont coûteux et bruyants. Il a seulement trouvé un appareil fonctionnant bien pour les courants continus, basé sur le principe d'une petite colonne de liquide et dénommé *interrupteur liquide perfectionné* : il y a dix mille interruptions par minute. Au moyen de cet appareil, tous les cautères peuvent être actionnés et le courant s'adapte aussi aux lampes et à l'éclairage frontal. L'instrument marche une demi-heure sans arrêt, mais il ne peut servir pour les courants alternés.

2. E. MAYER. — a) **Affections de l'antre d'Highmore.** — 1. Femme de 35 ans, bien portante jusqu'en décembre 1899, époque où elle souffrit d'une rhinite aiguë avec céphalalgie unilatérale et écoulement. Elle consulta l'auteur le 20 février 1900 pour une suppuration de la narine gauche. Ouverture par la fosse canine d'un diamètre suffisant pour laisser passer l'extrémité du petit doigt. Perforation de la paroi antrale du côté du nez et introduction d'une sonde et d'un tube fenêtré.

II. Jeune fille de 18 ans souffrant, depuis trois ans, de douleurs occipitales et mastoïdiennes. Opération par la fosse canine le 4 novembre 1899. On laisse l'orifice béant pendant six semaines. Au bout de deux mois, nouvelle suppuration, et le 2 mars on rouvre la plaie, on perfore la paroi nasale et on y insère un tube qu'on ne retirera qu'après la cessation de l'écoulement.

b) **Abcès du sinus frontal. Opération. Guérison.** — Malade ayant subi de nombreuses applications intra-nasales du galvano-cautère. Quand l'auteur le vit pour la première fois, il souffrait beaucoup, ne dormait plus depuis près d'une semaine, avait des frissons et 101,5 de température. Pus dans les deux fosses nasales. Sensibilité du sinus frontal gauche et légère douleur sur l'antre d'Highmore droit. Le 9 janvier, opération en présence des D^{rs} Asch et Ives;

(1) D'après *The laryngoscope*, juillet 1900.

Incision externe du sinus frontal et excision d'une lame osseuse mesurant 8 millimètres. Le pus s'écoula librement. Perforation avec un bistouri boutonné du vestibule nasal après curettage et nettoyage de la cavité. Insertion d'un tube fenêtré qu'on put retirer au bout de six semaines, la guérison étant un fait accompli.

Discussion.

J. WRIGHT dit que le principal avantage de cette opération est la persistance de l'ouverture après l'extraction du tube. Si, malgré l'exploration et le drainage, la lésion persiste, c'est qu'elle tire son origine des cellules ethmoïdales et n'attaque l'antre que secondairement.

T. R. CHAMBERS demande quelle solution a été employée pour nettoyer le sinus frontal. Dans les cas de suppuration avec pneumocoques de Fraenkel, il s'est loué de l'effet de la pepsine.

R. C. MYLES est d'avis que l'ouverture de l'antre à travers la paroi naso-antrale, pratiquée par Mayer, promet de bons résultats.

MAYER trouve que le traitement des sinusites frontales en est encore à la période expérimentale; il se sert, pour les lavages, d'une solution de bichlorure à 4 ‰.

3. F. J. QUINLAN. — **Œdème unilatéral étendu du cartilage ary-ténoïde droit avec violente tuméfaction du larynx.** — On avait songé à la tuberculose, mais l'examen des crachats fut négatif. Le malade avait eu, l'année précédente, de la dysphagie et de la dysphonie. Ces lésions sont d'un diagnostic très difficile.

4. D. H. GOODWILLIE. — **Traitement chirurgical des déformations externes du nez.** — Les malformations externes du nez sont congénitales, traumatiques ou dues à des lésions intra ou extra-nasales.

L'auteur rapporte sept observations de malades traités par son procédé; il commence par mouler la face, puis, avec de la cire, il restaure les parties absentes et alors seulement il construit son appareil.

Séance du 23 mai 1900 (1).

Président : W. E. PHILLIPS

1. J. H. ABRAHAMS montre des instruments servant pour le traitement des amygdalites aiguës et chroniques.

2. T. J. HARRIS. — **Symptôme rebelle d'une affection de l'antre.** — La douleur dans la sinusite maxillaire est très variable, mais généralement légère. Le symptôme rebelle est la névralgie.

I. Homme de 27 ans, soigné en juin 1896 pour un empyème de l'antre. Il sortit beaucoup de pus, on fit un curettage soigneux, mais on ne trouva pas d'os carié. La névralgie persista et s'exaspérait surtout quand on touchait avec une sonde la paroi supérieure et interne de l'antre.

En juin 1897, nouvelle ouverture et curettage de l'antre, mais la douleur reparut. On essaya, sans succès, le salol, la phénacétine, la teinture de Warbourg et plusieurs autres remèdes, de même que l'électrisation. La douleur n'a pas cédé.

II. Malade de 47 ans, atteint d'obstruction nasale due à une exostose. A la suite de l'ablation de celle-ci, il eut des névralgies et, au bout d'un an, il fallut ouvrir l'antre pour laisser couler le pus.

III. Jeune fille allemande, vue pour la première fois en 1897; elle a reçu, il y a quatre ans, un coup sur le nez et en souffre. Amélioration momentanée par l'ouverture de l'antre et l'évacuation du pus; mais la douleur reparait bientôt. Suppuration ethmoïdale, malgré les lavages répétés. On soupçonna l'hystérie, la malade ne semblait pas nerveuse; l'excision du ganglion de Meckel serait indiquée.

Discussion.

R. C. MYLES a été souvent appelé par des confrères pour des opérations sur l'antre et il a toujours trouvé les muqueuses saines. Les interventions graves sur le maxillaire supérieur n'ont donné aucun résultat, mais des périostites ou des névrites localisées ont été améliorées.

(1) D'après *The laryngoscope*, août 1900.

4. B. S. BOOTH. — **Anévrysme de la carotide interne avec épistaxis et hémoptysies. Mort. Autopsie.** — Jeune sujet anémique, ayant une haleine fétide, examiné pour la première fois le 18 janvier 1900.

Fracture nasale survenue deux ans auparavant, en tombant de bicyclette. Refroidissement vers le 1^{er} janvier. Epistaxis presque journalières. A l'examen, on trouva une déviation de la cloison à droite, une suppuration nasale et un tampon inclus depuis trois jours. Tumeur envahissant le rhino-pharynx et présentant, au centre, un point hémorragique. Extraction du tampon sous anesthésie. Le malade garde le lit, il a des épistaxis les 26 et 28 janvier, puis le 29 une hémoptysie l'emporte en quelques secondes. Diagnostic : Anévrysme de la carotide interne. Autopsie cinq heures après le décès. A la jonction des portions cervicale et pétreuse de la carotide, se trouvait un sac anévrysmal rompu.

Discussion.

T. R. CHAMBERS a observé 1 cas presque semblable.

J. WRIGHT a vu 1 ou 2 cas de dilatation de l'artère pharyngée ; il se souvient d'avoir vu inciser ainsi un anévrysme pris pour un abcès et déterminer un traumatisme anévrysmal.

W. B. JOHNSON fut appelé auprès d'un malade ayant une forte hémorrhagie auriculaire au moment où on allait procéder à la tonsillotomie. A l'examen, on reconnut une tuméfaction du cou et de la bouche, analogue à celle qu'on observe dans les cas d'abcès amygdaliens, mais qu'on prit pour un sarcome ou un angio-sarcome. Pas d'intervention. Le gonflement produit par le sang extravasé disparut, bien que la tumeur fût toujours saillante et que l'enflure péri-tonsillaire subsistât.

J. E. W. PEET. — **Calcul nasal.** — Femme de 71 ans, qui était venue consulter pour un écoulement nasal aqueux abondant. Elle raconta que trente ou quarante ans auparavant elle avait rendu par le nez des particules dures, brunâtres. Respiration nasale aisée. Bonne santé antérieure. A l'examen, on trouva un calcul dans la narine droite, mesurant 2 centimètres et demi sur 1 centimètre trois quarts et ayant perforé la cloison juste en avant du vomer, qui, après l'ablation, demeura dénudé sur un petit espace.

Discussion.

PHILLIPS a soigné, il y a quelques années, un enfant de 12 ans pour un catarrhe fétide, mais on trouva dans le nez un bouton de bottine, qui y séjournait probablement depuis deux ou trois ans et avait perforé le septum.

CHAMBERS se souvient d'un tampon oublié dans le nez plusieurs mois après la cessation d'une épistaxis. L'écoulement était très fétide.

WRIGHT a vu un calcul nasal formé autour d'une éponge et un autre où le noyau était une dent.

WILSON vit un malade soigné par un confrère pendant deux ans ; il trouva dans le nez une feuille d'arbre.

B. S. BOOTH enleva un gros rhinolithé séjournant dans le nez depuis vingt-quatre ans et qu'il fallut exciser par fragments.

M. D. LEDERMAN a retiré du nez des épingles à cheveux, des boutons de bottines, des grains de café, etc. Il a l'habitude d'anesthésier les enfants qui sont turbulents et chez lesquels on pourrait, avec les instruments, produire des traumatismes.

En cas de suppuration nasale hémilatérale chez les jeunes enfants, on songera toujours à la possibilité d'un corps étranger.

J. E. NEWCOMB a découvert récemment, avec la sonde, un corps étranger dans la narine d'une fillette, mais il fut incapable de le retrouver ensuite sous anesthésie. L'écoulement persista et quelques jours après l'enfant rejeta un bouton de bottine.

MYLES se rappelle avoir enlevé un bouton de col enclavé dans le nez depuis sept ans. On peut se passer d'anesthésie, en cocaïnisant les enfants comme pour le tubage.

WRIGHT dit qu'un de ses assistants a imaginé un instrument extrêmement commode pour extraire les corps étrangers du nez.

HASKIN rapporte qu'en prenant l'empreinte d'un obturateur palatin, un dentiste laissa s'introduire dans le nez du plâtre de Paris, qui se logea sous le cornet inférieur et qu'il fallut retirer.

6. J. E. NEWCOMB. — a) **Infiltration laryngienne de nature douteuse.** — Malade dont l'auteur a entretenu la Société en janvier dernier. Sous l'influence de l'iodure de potassium, l'infiltration disparut en un mois. En avril, la voix était faible et s'enrouait sous l'influence de la fatigue. Santé générale parfaite. On constatait seulement une légère rougeur du tiers postérieur des cordes vocales, dont les mouvements étaient normaux.

b) Parésie de la corde vocale gauche. — Homme de 60 ans, grand fumeur jusqu'à trois mois auparavant, époque à laquelle il renonça au tabac; buveur de bière modéré; nie tout antécédent spécifique. En février dernier, il s'enroue sans cause apparente et commence à maigrir.

A l'examen, on ne trouve rien dans la poitrine, sauf un emphyseme chronique. Urine normale. Pas d'indice anévrysmal. Dans le larynx, la corde gauche s'écarte un peu de la ligne médiane, mais n'affecte pas la position cadavérique. Ni congestion, ni ulcération. Pendant la phonation, les angles des cordes vibrent faiblement, mais la corde ne remue pas. Corde droite normale.

Le malade absorbe de l'iodure depuis trois semaines et se trouve beaucoup mieux; la corde gauche redevient normale et la voix est notablement améliorée.

Discussion.

W. FREUDENTHAL a observé plusieurs cas du même genre non améliorés par le traitement spécifique.

7. W. FREUDENTHAL. — **Déviatiou de la cloison et tuberculose.** — Homme ayant subi à San Francisco, en 1883, une grave intervention nasale. Plus tard, il vit, en Allemagne, les Prof. von Bergmann et Krause, ce dernier l'adressa, en 1891, à Freudenthal. Le malade consulta nombre de laryngologistes américains, mais son asthme subsista, il devint neurasthénique et phtisique; il faudrait opérer la déviation de la cloison, mais l'auteur n'est pas partisan de l'intervention.

8. J. WRIGHT. — **Paralysie de la corde vocale.** — Malade pris subitement de dyspnée due à une obstruction sous-glottique. On l'envoya à l'hôpital avec l'indication de trachéotomiser, l'homme ne remit pas la note et fut trouvé le jour même à moitié mort. Opération d'urgence. On diagnostiqua une périchondrique syphilitique, le malade prit de l'iodure et s'améliora rapidement. Ultérieurement, on constata l'immobilité d'une corde vocale. On avait sans doute affaire à une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne, d'origine périchondrique.

9. W. B. JOHNSON. — **Papillomes du larynx.** — Enfant présentant des troubles vocaux depuis quatre mois. Extraction avec la pince de fragments papillomateux, suivie d'applications d'acide

chromique et de formaldéhyde. Le volume des papillomes augmentant, il fallait pratiquer, en raison de la dyspnée, l'intubation pendant quatorze jours.

Discussion.

PHILLIPS dit qu'il est rare d'avoir affaire à une dégénérescence aussi étendue.

CHAMBERS rapporte qu'un de ses malades, âgé de 45 ans, porta une canule pendant six mois et depuis les papillomes ont presque disparu.

WILSON a présenté, il y a deux ans, à l'Académie de médecine, un malade chez qui le tube à intubation était tombé dans la trachée et y était demeuré fixé. Actuellement, le tube a été extrait et l'enfant est absolument guéri.

MYLES a vu un enfant succomber à la pneumonie, à la suite de l'ablation de papillomes étendus par un chirurgien des hôpitaux. L'auteur a réussi à exciser certaines tumeurs sous-glottiques avec une pince spéciale, construite d'après les indications de Dundas Grant. Chez les enfants, ces tumeurs ont une tendance à s'atrophier.

10. QUINLAN. — a) **Balle dans l'antré d'Highmore.** — Le traumatisme ne se révéla que par une épistaxis abondante, on ne voyait pas trace de plaie externe, et ce fut seulement par la radiographie que l'on reconnut la situation de la balle.

b) **Gomme syphilitique de la base de la langue.** — Malade en traitement depuis cinq ans, mariée il y a deux ans et mère d'un enfant parfaitement bien portant. Au cours des six derniers mois, troubles passagers de la déglutition. Bon état général. La malade prend toujours de l'iodure et de temps à autre on lui fait des frictions.

c) **Excision totale de la paroi antérieure de l'os frontal dans 1 cas d'empyème bilatéral des sinus frontaux.** — Malade ayant été déjà opéré deux fois en Europe et chez lequel une fistule sus-orbitaire gauche révèle l'existence d'une carie osseuse. Le malade a été opéré de nouveau il y a six semaines, on a laissé subsister une petite plaie externe et il est en voie de guérison.

**LXXI^e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS
ALLEMANDS**

Münich 18-23 septembre 1899.

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE ⁽¹⁾

1. L. BAYER (Bruxelles). — a) **Sur un cas d'occlusion presque totale de la trachée due à une néoformation survenue sur une ancienne cicatrice trachéale. Guérison par les voies naturelles.** — Malade ayant subi étant enfant la trachéotomie pour le croup, plus tard il contracta la syphilis et fut soumis au traitement spécifique, il vient consulter pour de l'aphonie et des troubles respiratoires avec crises dyspnéiques.

Sur le cou on remarque une cicatrice étendue, sensible à la pression; l'espace sous glottique est obstrué par des masses granuleuses. L'opération fut repoussée, on eut alors recours à des frictions et au massage interne et externe de la cicatrice et de la tumeur qui finit par disparaître complètement.

b) **Radiographie d'un corps étranger de l'œsophage.** — B. montre le radiogramme d'un enfant de trois ans ayant depuis six jours une monnaie de cuivre dans l'œsophage, fichée à mi hauteur de la première et de la seconde vertèbre dorsale. Extraction sous le chloroforme.

Discussion.

O. CHIARI (Vienne) et KILLIAN (Fribourg) recommandent la méfiance vis-à-vis des extracteurs ordinaires quand on est en présence de corps étrangers pointus chez des enfants. Killian préconise l'œsophagoscopie après sondage et cocaïnisation.

V. CUBE (Menton), dans les cas où il n'y a pas de danger d'étouffement est d'avis de faciliter l'extraction en introduisant auparavant de l'huile ou par des épithèmes froids.

2. SEIFERT (Wurzburg). — **Traitement de la paralysie diphtérique des cordes vocales.** — En dehors de l'électricité, S. attache

⁽¹⁾ D'après le compte rendu de F. Schaefer, in *Monats. f. Ohrenh.* Novembre 1899.

une grande importance aux exercices méthodiques vocaux et respiratoires tels qu'on les pratique dans la paralysie hystérique des cordes vocales.

S. a soigné un malade qui, après l'échec de tous les modes de traitement employés, guérit en huit jours par des exercices vocaux méthodiques.

Discussion.

KILLIAN parle des troubles laryngés hystériques que l'on peut guérir, la plupart du temps, en une seule séance.

HERYNG (Varsovie) a été satisfait de l'hypnotisme dans certains cas de paralysies hystériques rebelles.

BURGER (Amsterdam) demande à Seifert comment il explique le succès des exercices vocaux dans la paralysie diphtérique, vu qu'il s'agit là d'une paralysie de nature purement nerveuse.

SEIFERT croit que la guérison est due à un effet mécanique, il ne s'agissait, en effet, nullement d'hystérie, mais uniquement d'une paralysie diphtérique.

3. HERYNG parle du gargarisme laryngien qu'il a observé, pour la première fois, au laryngoscope sur un confrère de Cannes. Après quelques tentatives, H. a pu effectuer sur lui-même ce gargarisme. Pour y réussir il faut introduire une petite quantité de liquide dans la bouche que l'on fait couler dans le larynx en penchant un peu la tête.

Discussion.

M. SCHMIDT fait remarquer qu'il croit que Rinzier a été le premier à observer la chute du liquide dans le larynx lors du gargarisme. Les expériences de Schmidt ont échoué parce qu'il prenait trop de liquide.

Le gargarisme nasal décrit par Mosler réussit aisément si avant d'ingurgiter le liquide on inspire profondément et qu'on expire rapidement et avec force tandis qu'on se gargarise, ce qui aide le liquide à passer du pharynx dans les fosses nasales. Les deux méthodes de gargarismes sont très utiles dans les cas de catarrhe sec.

KÜMMEL (Breslau). On ne peut demander à l'eau du gargarisme de tuer les microbes de la cavité buccale ; mais elle leur offre un mauvais terrain. Les médicaments insolubles dans l'eau ne le sont pas sur la muqueuse, aussi l'auteur préconise-t-il chaleureusement les gargarismes iodoformés.

4. a) JURASZ (Heidelberg) recommande, contre l'amygdalite lacunaire aiguë, la discision et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc de 1 à 2 %.

Discussion.

M. SCHMIDT obtient l'anesthésie préliminaire à la discision par des injections de nirvanine à 2 %.

b) JURASZ est partisan d'employer l'électrolyse dans les cas d'adhérence du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure ; la dilatation, par le procédé de Hajek, lui ayant donné de mauvais résultats.

Discussion.

M. SCHMIDT a soigné, par la méthode de Hajek, un malade guéri depuis 5 ans ; ce procédé offre l'avantage que le malade apprend, en quelques jours, à effectuer lui-même le tamponnement et qu'on peut le perdre de vue tandis que l'électrolyse demande beaucoup plus de temps.

SCHAEFER (Neustadt) s'est servi de l'électrolyse pour un malade guéri depuis neuf mois.

5. ONODI (Budapest). — **Chorée du larynx.** — Après l'historique, O. étudie l'état actuel de l'étude de la chorée laryngienne très difficile à reconnaître de la chorée hystérique. D'après Gowers la seule différence réside dans l'étiologie.

O. a recueilli très soigneusement les opinions et les définitions données par les divers auteurs ainsi que les observations éparses dans la littérature, et il démontre ainsi le peu de clarté de la question.

La plupart des cas concernent des contractions musculaires du larynx associées à une toux bruyante.

Schech, Semon, Rosenfeld, Baginski et Schmidt ont laissé tomber en désuétude la dénomination de chorée laryngienne.

Onodi conclut qu'on a affaire à une chorée laryngée seulement lorsque les mouvements choréiformes des cordes vocales observés au laryngoscope coïncident avec une chorée véritable, et dans ce cas le terme de chorée du larynx est superflu.

Pour éviter toute confusion, je désignerai les mouvements choréiformes des cordes vocales sans chorée généralisée sous l'appellation d'agitation choréiforme des cordes vocales. Les cas de

toux nerveuse accompagnée de chorée seront désignés sous le nom de chorée sanieuse avec toux nerveuse.

Discussion.

SCHECH admet avec Onodi que la toux nerveuse doit être nettement différenciée des spasmes choréiformes des cordes vocales.

6. O. KILLIAN décrit son procédé d'opération des déviations de la cloison, consistant en la résection sous-muqueuse des parties cachées après cocaïnisation.

Incision sous-muqueuse de la portion convexe jusqu'au cartilage près de l'orifice nasal; libération de la muqueuse sur une grande étendue; excision du cartilage avec le couteau jusqu'à la muqueuse de l'autre côté. A travers ce trou, on retire avec le nouveau conchotôme de Hartmann toute la portion sous-muqueuse déviée du septum en préservant la muqueuse du côté opposé jusqu'à ce que la remise en place de la muqueuse permette d'examiner commodément le nez. Fixation de la muqueuse par des sutures ou un tampon.

Cette thérapeutique opératoire sous-muqueuse de Hartmann Petersen, offre le grand avantage d'une cicatrisation et d'une guérison plus rapide. Il vaut mieux travailler avec les mains libres qu'avec le moteur électrique. Ici l'électrolyse serait de la chirurgie homéopathique.

Discussion.

HECHT (Münich) préconise l'opération avec l'anesthésie par infiltration de Schleich qui aide à relever la muqueuse. L'électrolyse est indiquée dans les déviations de la partie supérieure de la cloison qui par le contact provoquent des névroses réflexes sans entraver la respiration. La méthode récemment décrite par Escat, consistant à infiltrer la partie concave avec une solution de sel de cuisine stérilisée peut déterminer des perforations.

KÜMMEL emploie la solution de Schleich pour l'infiltration de la partie concave par le procédé d'Escat, il ne fait pas de résection au-dessous de 15 ans car la guérison peut être obtenue par des moyens orthopédiques.

HEGETSCHWEILER (Zurich) opère avec la tréphine, après avoir excisé le fragment à retirer au moyen d'une scie.

7. SCHECH. — Sur les tumeurs malignes du pharynx. — Elles

sont bien plus communes qu'on ne le croyait autrefois et affectent toutes les parties du pharynx. L'auteur en a observé 17 cas (14 primitifs, 3 secondaires) sur 11 hommes et 6 femmes; 4 sarcomes siégeaient dans la cavité naso-pharyngienne, 3 sur les amygdales; 1 cancer tonsillaire et un du voile du palais; 3 carcinomes à forme cylindrique à la limite du méso et de l'hypopharynx; 2 cancers dans l'hypopharynx, derrière le larynx.

8. NEUMAYER (Münich). — **Sur la situation du muscle crico-thyroïdien dans la paralysie récurrentielle.** — N. relate un cas de paralysie récurrentielle remontant à plus d'une année avec position cadavérique de la corde vocale. A l'examen microscopique, on trouva le nerf récurrent absolument dégénéré; de même que les muscles qui en dépendent. On distinguait difficilement le crico-thyroïdien du côté paralysé, de son congénère de la moitié saine.

Cette observation vient s'ajouter à celles qui démontrent l'inalité de l'hypothèse suivant laquelle la position cadavérique ne se manifeste qu'après l'apparition de l'atrophie du muscle crico-thyroïdien.

ANALYSES

1. — BOUCHE ET PHARYNX

Syphilis de la gorge, par S. E. COOK (*Western med. Review*, septembre in *Laryngoscope*, novembre 1899).

Cet article est un excellent résumé de la question. L'auteur rapporte deux observations de spécifisé rhino-pharyngienne et laryngées. Dans les deux cas le protoiodure et l'iodure à doses massives aggravèrent l'état des malades qui guérèrent par l'absorption répétée trois fois par jour de doses de 80 à 100 grains d'iodure.

Langue noire avec remarques étiologiques, par W. F. GOTTHEIL (*Arch. of Pediatrics*, avril 1899, in *Arch. de méd. des Enfants*, février 1900).

Enfant de 2 ans, bien portant, sauf la lésion linguale, remontant à une année. Le centre du dos de la langue est occupé par une traî-

née vert noirâtre, commençant en avant des papilles caliciformes et se prolongeant jusqu'à la pointe. Largeur en arrière trois quarts de pouce. Cette surface noirâtre, se rétrécissant en avant, est surélevée et se termine de chaque côté par des bords abrupts. Pas d'hypertrophie papillaire, ni d'excroissances filiformes ; la coloration noire, surtout marquée au centre, s'atténue sur les bords. Origine inconnue. Le seul symptôme était la sécheresse buccale : l'enfant, toujours altéré, buvait beaucoup d'eau. L'auteur fit l'examen microscopique de l'enduit du dos de la langue. Entre des cellules épithéliales normales, des détritits, des corps sporulaires, on trouvait des masses cellulaires larges, rondes ou ovales, parfois encapsulées, pouvant bien être mycosiques. Les lavages de la langue avec une solution saturée d'hyposulfite de soude faisaient disparaître la coloration pendant une semaine. Dans le cas actuel l'hypertrophie papillaire faisait défaut ; quand elle existe, au lieu de la simple *langue noire*, on a affaire à la *langue noire hérissée*.

Dégénérescence kystique de l'amygdale, par BUYS ET LABARRE (Société belge d'otologie et de laryngologie, 19 juin 1898).

Ces auteurs ont montré une amygdale atteinte de dégénérescence kystique dont on constate macroscopiquement et microscopiquement des stades variés : on voit le kyste à sa naissance, sous la forme d'un amas de cellules épithéliales disposées en couches concentriques. Dans les exemplaires plus développés, les cellules sont en voie de dégénérescence évidente. Plus tard enfin, elles s'effacent au point qu'on n'en trouve plus que des débris.

Dans la coupe montrée à la Société, on découvre encore l'apparence typique de l'épithélioma. Les cellules épithéliales de revêtement de cette amygdale sont, en effet, en voie de prolifération active et produisent des prolongements atypiques qui creusent la masse connectivale. Ce sont les parties les plus profondes de ces prolongements qui subissent ultérieurement la dégénérescence kystique.

Il s'agit donc, en dernière analyse, d'un épithélioma bénin, à dégénérescence kystique.

Les pièces proviennent d'une enfant de 14 ans ; elle s'est présentée pour une « grosseur dans la gorge », qu'elle avait, dit-elle, ressentie la veille pour la première fois.

L'examen montra, se séparant de l'amygdale gauche, une tu-

meur arrondie, pédiculée vers le haut, qui cachait en partie le voile du palais. Le reste de l'amygdale gauche et la droite tout entière présentaient des tubérosités de volume variable, mais généralement petites, pédiculées ou tendant à la pédiculisation.

La grosse tumeur pédiculée fut enlevée à l'anse ; il s'en écroula une certaine quantité de sérosité louche, jaunâtre, ce qui démontrait sa nature kystique. L'amygdalotome Mathieu enleva une grande partie de l'amygdale restante.

GEORGES LAURENS.

Des calculs tonsillaires, par M. AITCHINSON ROBERTSON (*Brit. med. journ.*, 1899, p. 17).

Un homme de 50 ans est sujet depuis six ans à des amygdalites répétées, souvent phlegmoneuses ; les ganglions cervicaux finirent par s'infecter, il y eut une adénite sous-maxillaire suppurée, laquelle laissa une fistule ouverte pendant des mois ; finalement la fistule tarit, mais il survint une cellulite diffuse fort étendue ; depuis cet accident le patient n'avait plus eu d'attaque d'amygdalite et s'était extrêmement bien porté pendant deux ans. Puis un jour il éprouva une certaine gêne dans la déglutition et à quelques jours de là il fut réveillé en sursaut par un accès de suffocation qui était provoqué par la chute dans le gosier d'un corps volumineux ; c'était une pierre du volume d'un petit œuf de poule, qui s'était énucléée de l'amygdale droite ; le calcul mesure 42 millimètres sur 36 millimètres et pèse 26^{gr}, 8 ; il est composé de phosphates de chaux et de magnésie et d'un peu de carbonate de chaux.

M. N. W.

Calcul de la luette, par GOODALE (*Boston med. and surg. journ.*, 1898, t. II, p. 571).

Il s'agit d'un enfant nègre de 2 mois, amené auprès du Dr Goodale pour obstruction pharyngée et gêne. Ces symptômes existaient depuis la naissance et avaient augmenté jusqu'à ce moment. L'examen montra que la respiration était normale dans la position verticale, s'effectuant régulièrement par le nez. Dans la position déclive l'obstruction nasale apparaissait très intense comme chez les enfants atteints d'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

L'inspection de la bouche montra, à la partie antérieure de la luette, une masse globuleuse ayant 4 millimètres de diamètre environ, immédiatement sous-épithéliale.

La consistance était dure et l'énucléation se fit aisément à l'aide d'une pince. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de particules amorphes, de cristaux, d'acides gras, de gouttelettes graisseuses et d'épithélium en dégénérescence graisseuse.

Une semaine après, la respiration était redevenue normale, tout à fait libre même dans la position déclive.

Il est probable que le calcul s'était développé dans un cul-de-sac glandulaire dilaté et que par son poids il repoussait la luette dans le nasopharynx lorsque l'enfant était dans la position déclive.

Ce cas est unique, cependant deux autres cas de calcul de la voûte palatine ont été rapportés, l'un par Anselmier, l'autre par Parker.

Un cas d'angine de Ludwig, par VINC. COZZOLINO (*Clinica moderna*, IV^e année, n^o 28).

L'angine de Ludwig se complique souvent d'adénophlegmon du cou et de phlegmon pharyngo-laryngé, type de Sénator. G. fait jouer un grand rôle au microbisme buccal et en particulier aux microbes de la carie dentaire. Il étudie les variations de résistance de la salive aux infections. Dans son cas spécial, la carie des trois dernières molaires était l'origine évidente. Certaines formes semblent dues à l'envahissement plus particulier des glandes sous-maxillaires ou des glandes sublinguales. L'envahissement des lymphatiques et des ganglions explique aussi certaines diffusions. Comme symptômes, Cozzolino attache une importance spéciale à la dureté ligneuse de la région sous-hyoidienne, au refoulement du plancher buccal vers la voute palatine avec immobilisation de la langue, à la gravité de l'état général qui peut vers le quatrième ou cinquième jour être vraiment typhoïde. Il insiste sur l'importance dans l'incision d'aller au delà du milo-hyoïdien pour assurer le libre écoulement du pus. Il suffit de dilacérer le muscle à la sonde cannelée.

A. F. PLICQUE.

Note sur la présence de perles épithéliales dans l'amygdale, par H. WALSHAM (*Lancet*, 29 avril 1899).

Feu Kanthack (1), dans un intéressant travail, attira l'attention sur l'existence de perles épithéliales dans les amygdales de fœtus

(1) KANTHACK. — *Illustrated medical News*, 9 novembre 1889.

humains et de nouveau-nés, et fit remarquer qu'on était en présence de rétentions et non d'inclusions embryonnaires. Dans un mémoire ultérieur (*Journal of Anatomy and Physiology*, vol. XXVI), Kanthack émet des arguments très probants contre les perles qu'on rencontre sur la ligne palatine médiane et à d'autres endroits, qui sont dues à des produits d'inclusion, ainsi que le dit Bland Sutton dans sa leçon sur l'Evolution en pathologie. On rencontre assez souvent ces perles épithéliales dans les amygdales des adultes, et au cours de recherches sur la tuberculose tonsillaire, W. a remarqué trois spécimens sur des amygdales de sujets âgés de 27, 31 et 35 ans. La présence de ces perles est intéressante, car il est hors de doute qu'elles sont l'origine d'un certain nombre de calculs tonsillaires. Des planches très claires représentent ces perles dont le centre n'a pas de structure définie, c'est seulement par un examen soigneux de la périphérie, qu'on reconnaît qu'elles sont composées de cellules cornées, squameuses, épithéliales, pressées l'une contre l'autre. Elles ressemblent beaucoup aux cellules épithéliales qu'on rencontre dans les épithéliomas. Une autre figure reproduit une pièce moins vieille, sur laquelle on distingue les cellules épithéliales presque au centre de la perle. Ces perles sont certainement des produits de rétention et ne peuvent être dues à l'inclusion épithéliale, attendu qu'il n'existe pas de fusion des surfaces épithéliales dans l'amygdale.

Comme on l'a vu plus haut, ces perles ne sont pas extrêmement rares, mais pourtant on n'en a rencontré que trois exemples sur 450 amygdales examinées à l'autopsie. Kanthack informa l'auteur que depuis 1889 il avait eu rarement occasion d'observer des perles épithéliales dans les amygdales de sujets de tous les âges.

En plus de ces perles de rétention on trouve des amas épithéliaux dans le tissu adénoïdien de l'amygdale qui n'avaient pas été décrits auparavant. On les rencontre surtout au centre d'un des follicules lymphatiques clos et ils n'ont aucun rapport avec l'épithélium qui revêt les cryptes amygdaliennes. Suivant Retterer (1) l'ectoderme et le mésoderme prennent part à la formation du tissu composant les follicules clos de l'amygdale ; il dit que cette dernière est formée d'involution épithéliales et de tissu mésoblastique hypertrophié, puis de bourgeons détachés de la terminaison épithéliale. Les follicules lymphatiques clos proviennent

(1) RETTERER — Origine et évolution des amygdales chez les mammifères (*Journ. d'Anatomie et de Physiologie*, 1888).

de la formation du tissu lymphoïde autour de ces bourgeons. A mesure que l'âge avance, l'accumulation épithéliale centrale disparaît. On distingue ces amas épithéliaux au centre des follicules sur les amygdales de jeunes gens. On ne peut donc les considérer comme des produits de rétention ou d'inclusion, mais ils sont dûs à l'évolution normale de l'organe.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Epithélioma primitif de la luvette et du voile du palais, par LENNOX BROWNE. (*Scottish. med. and. surg. journ.*, mars 1899, in *Laryngoscope*, juin 1899.)

A propos de l'observation d'épithélioma primitif de la luvette due à Walker Downie, l'auteur rapporte un cas analogue, puis décrit un épithélioma primitif limité à l'arc palatin antérieur gauche.

obs. I. — Homme de 48 ans, ayant de la difficulté à avaler et très amaigri ; il a beaucoup fumé mais bu modérément ; le père est mort ; après avoir subi l'amputation du genou pour un sarcome, la mère a été opérée deux fois pour un cancer. La luvette et le palais sont atteints par un épithélioma. Pas d'hypertrophie glandulaire. Excision de la tumeur avec des ciseaux. Le malade succomba au bout de deux ans à une tumeur secondaire des ganglions cervicaux.

obs. II. — Homme de 52 ans avalant avec peine depuis trois ou quatre mois. Hypérémie du voile du palais et petite tumeur occupant le bord libre de l'arc palatin antérieur gauche. Pas de ganglions hypertrophiés. Le malade refuse l'opération bien que l'examen microscopique d'un fragment excisé ait démontré la nature maligne de la tumeur.

Un cas d'épithélioma primitif de la luvette, par W. DOWNIE. (*Scottish. med. and. surg. journ.*, janvier 1899.)

Le porteur de cette lésion était un forgeron de 56 ans qui accusait seulement de la sécheresse de la gorge depuis deux mois. Il souffrait aussi derrière la langue d'une dysphagie très appréciable, accompagnée de douleurs. Ni dyspnée ni altérations de la voix.

En examinant la bouche, on voit la luvette très gonflée et ulcérée en avant et sur le côté. Au toucher, la tumeur est dure et saigne facilement. Pas d'hypertrophie des lymphatiques ni des glandes cervicales. L'auteur diagnostique un épithélioma de la

luette et se contente d'anesthésier à la cocaïne le voile du palais et les piliers, puis avec des ciseaux il sectionne la luette jusqu'à une certaine distance du bord de la tumeur. La plaie guérit rapidement et le malade était encore indemne de récidive seize mois après l'opération. La coupe de la tumeur pratiquée par le Dr Ferguson confirma le diagnostic d'épithélioma.

Downie, d'après des recherches dans la littérature, conclut que ce genre d'altérations de la luette est excessivement rare ; on en connaît seulement quelques cas.

A. G.

Papillome végétant de la langue, par T. ROSATI. (*Archivio. ital. de otol. rin. e. lar.*, 1899, n° 3.)

Il s'agit d'un homme qui à la suite d'une avulsion de dent vit survenir une petite tumeur sur la langue. Celle-ci fut traitée de diverses manières puis enlevée.

La récidive se produisit. Nouvelle ablation, nouvelle récidive après quelques mois.

Lorsque l'auteur examina le malade, l'état de la langue était aggravé, il y avait plusieurs tumeurs au lieu d'une. Sous le chloroforme, l'ablation complète des tumeurs fut pratiquée. L'auteur n'a plus revu le malade mais ne le croit pas guéri, étant donné ses nombreuses récidives.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un papillome.

Cette forme de papillome doit être rare car l'auteur n'a pu trouver dans la littérature médicale de cas analogue.

Ce travail est très intéressant et très complet au point de vue histologique. L'auteur y a joint deux dessins montrant d'une part l'état macroscopique de la langue, et d'autre part la structure histologique des tumeurs

H. DU F.

De la forme dite ganglionnaire du cancer du pharynx, par PONCET ET BÉRARD (de Lyon), (Congrès français de chirurgie, octobre 1899.)

Il existe une forme de cancer du pharynx que tous les cliniciens connaissent bien et que l'on a désignée sous le nom de « forme ganglionnaire », parce que pendant tout ou partie de son évolution, elle ne se révèle à l'examen clinique que par un engorgement des ganglions cervicaux, surtout des ganglions carotidiens. Chez ces malades, la déglutition peut être normale, la dou-

leur absente, l'exploration pharyngo-laryngée au doigt ou au miroir négative ; à cause des caractères de l'adénite et de la cachexie progressive qui l'accompagne, on fait le diagnostic de cancer latent du pharynx ou de l'œsophage, ou de tout autre organe de la région.

Plus tard il peut arriver que la tumeur se manifeste par des troubles fonctionnels plus nets ; mais parfois aussi la mort survient par hecticité, plus rarement par généralisation sans qu'on ait pu déterminer le siège des accidents initiaux.

A l'autopsie, on trouve dans certains cas la tumeur primitive, dans une petite ulcération des gouttières pharyngo-laryngées ou des logettes amygdaliennes, ainsi que les auteurs l'ont observé chez deux sujets : le cancer s'enfonçait alors en diffusant vers les plans profonds, s'étalait comme un véritable néoplasme sous-muqueux, et présentait des connexions immédiates ou lointaines par l'intermédiaire des lymphatiques, avec les ganglions envahis secondairement.

En particulier, il faudra y songer en présence des faits de cancer latent du pharynx à type ganglionnaire, tel que celui que les auteurs viennent de rapporter.

Mais il est des cas aussi où l'on constate seulement une induration, assez peu caractéristique au premier abord, des tuniques sous-muqueuse et musculaire, et pour lesquels même, après un examen microscopique parfois peu satisfaisant, on s'arrête à l'idée de sarcome des éléments conjonctifs des parois du pharynx. C'est à ces derniers faits que se rattache l'observation que Poncet et Bérard présentent, où il s'agissait d'une tumeur maligne, d'un rhabdomyome malin des muscles striés du pharynx.

Ces types de tumeur ne sont pas d'observation fréquente.

GEORGES LAURENS.

Sarcome du cou à début amygdalien, par H. MORESTIN (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, novembre 1899.)

Homme de 60 ans auquel j'excisai, il y a trois ans à Lariboisière, une tumeur de l'amygdale que je fis examiner par un élève du service. On diagnostiqua un sarcome probable et le malade quitta le service amélioré. En avril 1899, le cou ayant gonflé outre mesure, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis chez le Dr Morestin ; on reconnut qu'il était inopérable et il mourut étouffé. M. pratiqua l'autopsie et constata l'existence d'une tumeur ganglionnaire de nature sarcomateuse, s'étendant vers la poitrine et comprimant

nerfs et vaisseaux. La récidive de la tumeur de la gorge avait déterminé l'asphyxie qui emporta le malade.

Pendant la vie on avait diagnostiqué un lymphadénome ou un sarcome ; en réalité il s'agissait d'une variété de sarcome globocellulaire.

A. G.

Cancer du frein de la langue et du plancher de la bouche ; extirpation par la voie sous-maxillaire, par H. MORESTIN. (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1899.)

L'auteur rapporte d'abord une observation à la suite de laquelle il dit que les cancers du plancher de la bouche sont relativement fréquents, mais qu'on possède peu de documents relatifs à leur étude. Deux points sont surtout intéressants : Quel en est le point de départ, et comment les extirper ?

Vernuil avait pensé que l'épithélioma prenait naissance aux dépens de la glande sublinguale. Il est probable en effet qu'un certain nombre de tumeurs malignes reconnaissent cette origine. Mais c'est sans doute la muqueuse qui est le plus souvent le point de départ ainsi que le démontre la pièce montrée par Morestin.

L'auteur insiste ensuite sur les avantages que présente la voie sus-hyoidienne pour l'extirpation des néoplasmes malins du plancher buccal. Cette voie permet d'enlever d'abord les ganglions sous-maxillaires toujours suspects, et qu'il faut enlever même quand ils ne sont pas manifestement dégénérés. En outre, l'ablation de la tumeur peut être méthodiquement faite, sans qu'on soit gêné par les mâchoires, sans qu'il coule de sang dans la cavité buccale. On peut enlever par cette voie des cancers du plancher pour lesquels on serait tenté *a priori* de sectionner le maxillaire pour se donner du jour. Cette section simplifie en effet les manœuvres, mais elle augmente la gravité de l'intervention. Même quand il y a adhérence au maxillaire, mieux vaut tâcher d'éviter la résection de cet os. On peut détruire à la pince-gouge toute la portion suspecte. Il y a un avantage énorme à conserver l'arc de la mâchoire inférieure, même aminci et diminué de hauteur.

A. G.

Epithélioma de la face interne de la joue propagé au maxillaire ; abcès sous-périostique au voisinage du cancer ; résection de la mâchoire inférieure ; opération autoplastique secondaire, par H. MORESTIN. (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, octobre 1899.)

Chez un malade âgé de 62 ans, cocher, l'auteur observa une tu-

méfaction de la joue gauche remontant à trois mois et à début très brusque. Le diagnostic était difficile ; les tentatives opératoires antérieures n'avaient pu l'élucider. La peau a une consistance ligneuse et la dureté s'étend jusqu'à l'os qui ne peut s'écarter du maxillaire supérieur. Au fond de la bouche, on distingue une vaste ulcération. Les molaires sont presque toutes expulsées, celles qui subsistent encore sont branlantes. Une masse ganglionnaire sous-maxillaire fait corps avec le reste de la tumeur.

M. effectua une première opération très laborieuse intéressant le néoplasme, l'os et le plancher buccal. Ganglions nombreux. La brèche pratiquée était si considérable que l'on décida une autoplastie ultérieure.

L'examen de la pièce révéla l'existence d'un abcès sous-périostique couvrant la face externe du maxillaire et résultant d'une infection due à des microbes vulgaires au voisinage d'un cancer ganglionnaire, point de départ méconnu des altérations, qu'on vit seulement lors de l'examen de la pièce.

M. pratiqua ensuite une autoplastie pour combler l'orifice produit par la première intervention. Cette seconde opération fut très laborieuse, et le lambeau fut formé aux dépens du plancher buccal et du rebord de la langue : le lambeau cutané fut pris sur la face et on le fit tourner autour du pédicule situé derrière le trou à combler. Tout paraissait marcher à souhait et la cicatrisation suivait son cours bien qu'avec beaucoup de lenteur, mais par malheur, deux mois après, apparut une récurrence sous forme de noyaux ganglionnaires devant la cicatrice.

L'auteur fait remarquer, avec raison, que l'origine de ce cancer ganglionnaire doit être recherchée dans le sillon génio-gingival, car c'est dans ce point déclive que s'accumulent les détritits, la salive, les amas microbiens, d'où l'irritation.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux ; c'est la règle, car il existe dans l'épaisseur de la face un grand nombre de petites glandes, points de départ de tumeurs malignes pouvant envahir le canal de Sténon et la parotide.

M. fait ressortir ensuite la difficulté du traitement de ces cancers, et ce n'est guère qu'à la période initiale, quand on peut agir sur les vaisseaux, qu'on a quelque chance d'enrayer temporairement le mal.

A. G.

Lymphosclérome du pharynx, par DIONISIO. (*Gaz. degli Ospedali*, 19 février 1899.)

Dionisio a présenté à la société de médecine de Turin un malade atteint de lymphosclérome du pharynx. L'affinité anatomique de cette lésion rare avec le rhinosclérome n'est pas douteuse. Mais la recherche du bacille spécifique qui sera faite ultérieurement est indispensable pour affirmer l'identité. A. F. PLICQUE.

Fibromyxome du pharynx, par F. J. QUINLAN. (*Med. Record*., 1^{er} avril 1899.)

Francis Quinlan a présenté à la société médicale du comté de New-York un cas de fibromyxome du pharynx. — La gêne de la déglutition avait amené une cachexie extrême. La malade regagna trois livres dans la première semaine de l'opération. La tumeur, bien que s'étendant jusqu'à la face interne de l'épiglotte, fut facilement enlevée au serre-nœud.

Un point spécial de technique fut l'emploi combiné pour l'anesthésie de l'extrait surrénal et de la cocaïne. On fit un lavage nasal avec la solution d'extrait surrénal au cinquantième, puis un badigeonnage à la cocaïne. L'ablation eut lieu sans douleur et sans hémorrhagie. A. F. PLICQUE.

Cause rare de constriction permanente des mâchoires, par O. JACOB. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, novembre 1899.)

A l'autopsie on rencontra une nouvelle articulation du maxillaire inférieur avec un os malaire très développé.

Pendant sa vie, le malade ne pouvait ouvrir la bouche au delà de 2 millimètres, par suite de l'hypertrophie de l'os malaire existant du côté où s'était formée la nouvelle articulation. A. G.

De la trachéotomie dans les interventions bucco-pharyngiennes, par P. DELAGENIÈRE. (XIII^e Congrès français de Chir. : in *Revue de Chir.*, 10 novembre 1899.)

D. a employé le procédé de Kocher, c'est-à-dire la trachéotomie préalable, dans deux cas de polype naso-pharyngien. L'avantage principal de cette méthode est la suppression absolue de tout danger d'hémorrhagie mortelle, attendu qu'on n'a pas à se pré-

occuper des troubles respiratoires et qu'on a tout le temps de ruginer soigneusement la base d'implantation de la tumeur et de réaliser, par conséquent, une ablation complète. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un sarcome, dans l'autre d'un fibro-sarcome.

Corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, par R. JONES, (*Lancet*, 6 mai 1899.)

L'auteur exprime ses idées personnelles sur le traitement des corps étrangers des voies alimentaires supérieures. D'après quelques observations d'œsophagotomies, J. émet les conclusions suivantes : 1° Les corps étrangers ayant séjourné quelque temps et donné lieu à des symptômes d'obstruction, d'irritation et de dyspnée doivent être extraits sans délai ; 2° les tentatives d'ablation par la bouche seront repoussées ; 3° l'œsophagotomie est surtout indiquée pour les corps étrangers tranchants ou irréguliers ; 4° Parfois il faut combiner la gastrotomie et l'œsophagotomie ; 5° Lorsque la plaie œsophagienne est dentelée ou ses parois enflammées, on évitera les sutures ; 6° il est de règle de réunir les bords de la plaie œsophagienne par des sutures ininterrompues en prenant bien garde, comme pour l'intestin, de ne pas percer le revêtement muqueux ; 7° Seulement dans des cas exceptionnels, quand il n'existe ni suppuration ni infection, on pourra refermer la plaie externe ; 8° On introduira des aliments liquides par la bouche environ 24 heures après l'opération.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Râtelier arrêté dans le pharynx inférieur ; abcès rétro-pharyngien et broncho-pneumonie septique ; ouverture de l'abcès et extraction du corps étranger ; mort par accidents pulmonaires, par H. MORESTIN. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1899.)

La malade, âgée de 32 ans, avait avalé un fragment de râtelier composé de deux incisives et d'une plaque armée de deux crochets aigus. Le cathétérisme œsophagien démontra l'absence de tout corps étranger. La radiographie ne fournit pas d'autre résultat.

En raison d'un empatement très douloureux de la partie inférieure du pharynx, M. crut devoir intervenir après anesthésie. On trouva une petite collection purulente très profonde d'où s'écoulèrent des masses de pus fétide et des gaz. Un des crochets de

l'appareil dégluti put être saisi et ce fut tout. La malade suc-comba au bout de deux jours. Vu l'interdiction de l'autopsie, il fut impossible de s'assurer de l'endroit où le corps étranger s'était arrêté.

Les rayons X n'ont pas rendu dans ce cas les services qu'on en attendait.

A. G.

NOUVELLES

Les Drs O. BARRAGO CIARELLA et G. MARTUSCELLI ont été nommés docents libres, sur titres, d'oto-rhinologie et laryngologie à l'Université de Naples.

L'Association française pour l'avancement des sciences se réunira du 8 au 14 septembre, à Ajaccio.

Nous relevons au programme :

L. DELAIR (Paris). Méthode nouvelle de prothèse restauratrice velo-palatine. Spécimens des différents appareils. — S. LEDUC (Nantes). Sur le traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées. — F. SUAREZ DE MENDOZA (Paris) : 1° sur le pronostic et le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne; — 2° Sur la cause radicale de l'obstruction nasale.

Au prochain Congrès international de médecine de Madrid, en avril 1903, la section XI (oto-rhino-laryngologie) sera présidée par le Dr E. URZUELA avec le Dr R. FORNS comme secrétaire.

De Dr J. HEGENER vient d'être nommé *docent d'otologie*, à Heidelberg, après lecture d'un travail sur le développement des méthodes de traitement chirurgicales des affections d'oreille.

La 73^e réunion de naturalistes et médecins allemands se tiendra du 22 au 28 septembre, à Hambourg.

Nous relevons à l'ordre du jour :

V. BOKAY (Budapest) et SIEGERT (Strasbourg). Tubage et trachéotomie dans la diphtérie depuis la sérothérapie. — SPIESS (Francfort-s/M.). Asthme, fièvre des foins et états associés. — PANSE (Dresde). Sur le vertige. — KELLING (Dresde). Examen de l'œsophage et de l'estomac avec des instruments recourbés. — WINKLER (Brême). Cas de sinusites. — PRÜGER (Hambourg). Radiographies d'empyèmes du sinus maxillaire. — SACHSE (Leipzig). Sur le diagnostic différentiel et le traitement opératoire de l'empyème de l'antre.

SECTION XX : Laryngo-rhino-otologie.

1. AVELLIS (Francfort-s/M.). La physiologie comparée donne-t-elle une réponse à la question de la proportion entre la voix et la structure de l'organe vocal? — 2. BRÜGELMANN (Berlin). Etiologie et symptomatologie de l'asthme. — 3. COEN (Vienne). Traitement des altérations de la parole accompagnant la gueule de loup. — 4. CORDES (Berlin). Traitement des otites moyennes catarrhales chroniques (scléroses) par l'air raréfié. — 5. DEMME (Berlin). Anomalies vasculaires dans la région pharyngienne. — 6. FINK (Hambourg). a) Instrument pour le tamponnement aseptique

du nez; *b*) Nouveau mode de traitement de la fièvre des foies et affections associées. — 7. FLATAU (Berlin). L'habitude du trémolo. Manifestations et traitement de ce trouble vocal. — 8. FRANKE (Hambourg). Participation oculaire à la fièvre des foies. — 9. FRIEDRICH (Kiel). *a*) Nystagmus dans les lésions auriculaires; *b*) Nouvelles recherches sur la valeur diagnostique de la réaction électrique de l'acoustique. — 10. GLEISS (Hambourg). Respiration diaphragmatique en chantant et en parlant. — 11. GUTZMANN (Berlin). Relations des altérations de la parole avec les anomalies et les lésions des voies aériennes supérieures. — 12. HARTMANN (Berlin). La surdité à l'école. — HOFFMANN (Dresde). *a*) Tuberculose primitive du temporal; *b*) Septicémie consécutive à une suppuration auriculaire. — 14. JANSSEN (Berlin). Opérations sur l'oreille et vertige. — 15. KLEMPERER et SCHEIER (Berlin). Rhinosclérome et bacilles ozéneux. — 16. KOERNER (Rostock). Carcinome primitif du temporal. — 17. KÜMMEL (Breslau). Traitement opératoire et complications de l'empyème du sinus frontal. — 18. MEYER (Hambourg). Présentation de malades. — 19. MOELLER (Hambourg). Pemphigus chronique de la muqueuse des voies aériennes supérieures. — 20. OSTMANN (Marbourg). *a*) Evolution des troubles auditifs en cas d'otites moyennes perforantes aiguës; *b*) Signes extérieurs visibles de l'inflammation de l'oreille moyenne et de la mastoïde; — 21. REINHARD (Cologne). Otite moyenne chronique compliquée de fracture crânienne. Guérison. — 23. ROBINSON (Baden-Baden). Inhalations et pneumothérapie dans les affections chroniques de la trachée et des bronches. — 23. ROSENBERG (Berlin). Traitement du coryza vasomoteur. — 24. V. SCHROETTER (Vienne) *a*) Forme rare d'actinomycose du cou; *b*) Sondage du nez. — 25. WEIL (Hambourg). Examen microscopique et bactériologique de la muqueuse nasale des malades atteints de fièvre des foies. — 26. WINKLER (Brème). *a*) Modification de l'opération radicale dans l'otite moyenne suppurée; *b*) Observations de sinusites nasales. — 27. WOLFF (Metz). Etiologie et thérapeutique des bourdonnements d'oreille.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à soupe contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Ueber die angina lacunaris des nasenrachenraumes (Sur l'angine lacunaire du rhino-pharynx, par F. PELTESOHX) (Tiré à part de la *Sammlung zwangloser abhandlungen aus dem gebiete der nasen, ohren mund und hals krankh.*, Bd. V. h. 5, C. Marhold, éditeur, Halle-s/S., 1901).

XIII^e Congrès international de médecine, tenu à Paris, du 2 au 9 août 1900. Organisation. Assemblées générales. Enoncé des travaux. Listes des membres. Section de stomatologie. Comptes rendus, par J. FERRIER. Section de thérapeutique. Comptes rendus, par GILBERT et CHASSEVANT (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

Traité de médecine. Tome VI. Maladies du nez et du larynx, par A. RUAUT. Asthme, par E. BRISSAUD. Coqueluches, par P. LE GENDRE. Maladies des bronches et troubles de la circulation pulmonaire, par A. B. MARFAN. Maladies aiguës du poulmon, par NETTER (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

Transactions of the twenty second annual meeting of the american laryngological association (Comptes rendus du 22^e Congrès annuel de l'Association laryngologique américaine, tenu à Washington, les 1, 2 et 3 mai 1900 (Carey Printing Co, New-York, 1901).

Ueber erschütterung des ohrlabyrinthes (Commotio labyrinthi) (Sur la commotion du labyrinthe, par R. SPIRA) (Broch. de 70 pages, prix 1 mk. 80, G. Fischer, éditeur, Jéna, 1901).

Paralysie récurrentielle chez un hérédo-syphilitique, par M. PARMENIER (Extrait du *Progrès méd. belge*, n° 5, 1901).

Sulla rino vaporizzazione (Sur la vaporisation nasale, par U. AMBROSINI) (Extrait des *Ann. di lar. otol. rin. e far.*, fasc. 4, octobre 1900).

Zur aetiologie und therapie tiefsitzende stenosen der Luftwege (Étiologie et traitement des sténoses profondes des voies aériennes, par H. v. SCHROETTER) (Tiré à part de la *Deuts. méd. Woch.*, n° 28, 1901).

Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia su pratica y enseñanza en Europa a fines del siglo XIX, 1891-1900 (Études cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie. Pratique et enseignement en Europe à la fin du XIX^e siècle, par R. BOTRY) (Tome II, Espagne, 1^{er} fascicule, Madrid et les provinces. Vol. de 304 pages avec figures dans le texte, prix 6 fr. 50. Tipog. Academica, Barcelone, 1901).

Sajous's annual and analytical cyclopaedia of practical medicine (Annuaire et Encyclopédie analytique de médecine pratique, publié par C. E. de M. SAJOURS et cent collaborateurs associés aidés de correspondants) Vol. VI, 1^{re} et 2^e parties, illustrées de chromos et de gravures, The F. A. Davis Co, publishers, Philadelphie, New-York et Chicago, 1901).

Lehrbuch der ohrenheilkunde (Traité d'otologie, par V. URBANTSCHITSCH) 4^e édition remaniée avec 77 gravures sur bois et 8 tableaux, Urban et Schwarzenberg, éditeurs, Vienne et Berlin, 1901).

Indications et contre indications du traitement hydro-minéral dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles, par E. ESCAT (Extrait des *Arch. méd. de Toulouse*, 15 juillet 1901).

The principles of treatment of tuberculous laryngitis (Principes du traitement de la laryngite tuberculeuse, par SAINT-CLAIR THOMSON) (Communication au Congrès de la tuberculose, Londres, 26 juillet 1901).

Tubercular infection through the air passages (Infection tuberculeuse à travers les voies aériennes, par SAINT-CLAIR THOMSON) (Extrait du *Practitioner*, juillet 1901).

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

